



**AMS OSIGURANJE A.D.O.
BEOGRAD**

**OPŠTI USLOVI
ZA OSIGURANJE LIČA OD POSLEDICA NESREĆNOG
SLUČAJA (NEZGODE)**

Beograd, 2007. godine

Na osnovu člana 23, stav 2 i člana 58, stav 2, tačka 1 Zakona o osiguranju ("Sl. glasnik RS" br. 55/2004, 70/2004 - ispr., 61/2005 i 85/2005 – dr. Zakon) i člana 24 Statuta Akcionarskog društva za osiguranje "AMS Osiguranje", Beograd, Upravni odbor Društva, na svojoj 68. sednici održanoj dana 05.10.2007. godine, doneo je

OPŠTE USLOVE

ZA OSIGURANJE LICA OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE)

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

1. Ovi Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode), u daljem tekstu: Uslovi, sastavni su deo ugovora o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja koje ugovarač osiguranja zaključi sa "AMS Osiguranje" a.d.o. Beograd (u daljem tekstu: Osiguravač).
2. Ovi uslovi ne primenjuju se na ugovore o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja za koje su predviđeni posebni uslovi.
3. Pojedini izrazi u ovim uslovima znače:
 - **“ponuđač”** - lice koje želi da zaključi osiguranje i u tu svrhu podnese pismenu ili usmenu ponudu Osiguravaču,
 - **“ugovarač”** - fizičko ili pravno lice koje sa Osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju,
 - **“osiguranik”** - lice od čije smrti, gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta), onesposobljenosti za rad ili narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume, odnosno naknade,
 - **“osigurani slučaj”** - događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a koji mora biti budući, neizvestan i nezavisan od isključive volje ugovarača,
 - **“korisnik”** - lice kome se vrši isplata osigurane sume odnosno naknade,
 - **“polisa”** - isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju,
 - **“osigurana suma”** - najveći iznos do kojeg je Osiguravač u obavezi, kada nastupi osigurani slučaj,
 - **“premija”** - iznos koji je ugovarač dužan platiti Osiguravaču po zaključenom ugovoru o osiguranju,
 - **“list pokrića”** - privremeni dokaz o zaključenom ugovoru o osiguranju koji sadrži bitne elemente ugovora o osiguranju.
 - **“korisnik”** - lice u čiju se korist zaključuje ugovor o osiguranju.

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

1. Ugovorom o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja ugovarač se obavezuje da plaća premiju osiguranja, a Osiguravač se obavezuje da, ako se desi osigurani slučaj, isplati osiguraniku ili korisniku osiguranu sumu, odnosno njen deo.
2. Ovim Uslovima regulišu se odnosi između ugovarača osiguranja i Osiguravača po ugovorenim oblicima osiguranja za slučaj:
 - smrti usled nesrećnog slučaja,
 - trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta),
 - prolazne nesposobnosti za rad (dnevna naknada),
 - narušenja zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć (troškovi lečenja),
 - ostali ugovoreni slučajevi regulisani su dopunskim uslovima.
3. Sva obaveštenja i prijave koje su ugovorne strane dužne da učine u smislu odredaba Uslova, obavezno se imaju pismeno potvrditi ako su učinjene usmeno, telefonom ili na koji drugi način.
4. Kao dan prijema obaveštenja odnosno prijave smatra se dan kada je primljeno obaveštenje, odnosno prijava. Ako se obaveštenje, odnosno prijava, šalje poštom preporučeno, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti.
5. Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku.

ZAKLJUČIVANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

1. Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu usmene ili pismene ponude.
2. Osiguravač može prethodno zatražiti pismenu ponudu od ponuđača na posebnom obrascu.
3. Ako Osiguravač ne prihvati pismenu ponudu dužan je u roku od osam dana od dana njenog prijema pismeno obavestiti ponuđača o tome.
4. Ako Osiguravač nije odbio ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima se vrši osiguranje, niti je tražio naknadna objašnjenja u roku iz prethodnog stava, smatra se da je osiguranje zaključeno kada je ponuda prispela Osiguravaču.
5. Ako Osiguravač prihvati ponudu samo pod posebnim uslovima, osiguranje je zaključeno onoga dana kada je ponuđač pristao na izmenjene uslove.

6. Smatra se da je ponuđač odustao od zaključenja ugovora, ako na izmenjene uslove ne pristane u roku od osam dana od dana prijema preporučenog obaveštenja Osiguravača.
7. Ugovor o osiguranju se zaključuje:
 - 1) sa nepromenljivim osiguranim sumama i premijom,
 - 2) sa promenljivim osiguranim sumama i premijom.Visina i rokovi povećanja osiguranih suma i premija regulišu se na polisi osiguranja.
8. Ugovor o osiguranju zaključen je kada ugovarač i Osiguravač potpišu polisu osiguranja ili list pokrića.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 4.

1. Po pravilu se mogu osigurati lica od navršениh četrnaest do navršene sedamdeset pete godine života. Lica mlađa od četrnaest i starija od sedamdeset pet godina mogu biti osigurana samo ako je to posebnim ili dopunskim uslovima predviđeno.
2. Lica čija je opšta radna sposobnost umanjena usled neke teže bolesti, težih telesnih mana ili nedostataka, osiguravaju se uz naplatu povišene premije u smislu člana 9. stava (2) ovih Uslova.
3. Lica lišena poslovne sposobnosti u svakom slučaju su isključena iz osiguranja, osim ako zakonom nije drugačije određeno.

POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

Član 5.

1. Nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt, potpuni ili delimični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć.
2. U smislu prethodnog stava smatraju se nesrećnim slučajem naročito sledeći događaji: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem, raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubod kakvim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta, izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana kakva infektivna bolest.
3. Kao nesrećni slučaj smatra se i sledeće:
 - 1) Trovanje hemijskim agensima osim profesionalnih oboljenja,
 - 2) Infekcija povrede prouzrokovana nesrećnim slučajem,

- 3) Trovanje usled udisanja gasova ili otrovnih para, osim profesionalnih oboljenja,
 - 4) Opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tečnostima ili parom, kiselinama, bazama i sl.,
 - 5) Davljenje i utopljenje,
 - 6) Gušenje ili ugušenje usled zatrpavanja (zemljom, peskom i sl.), kao i usled udisanja para i gasova, izuzev profesionalnih oboljenja,
 - 7) Prsnuće mišića, iščašenje, prsnuće zglobnih veza, prelomi zdravih kostiju koji nastanu usled naglih telesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajima, a ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi,
 - 8) Delovanje svetlosti, sunčanih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako je osiguranik bio izložen neposredno usled jednog pre toga nastalog nesrećnog slučaja, ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao sprečiti, ili im je bio izložen usled spašavanja ljudskog života,
 - 9) Delovanje rentgenskih i radijumskih zraka ako nastupe naglo i iznenada, izuzev profesionalnih oboljenja.
4. Ne smatraju se nesrećnim slučajem u smislu ovih Opštih uslova:
- 1) Sve zarazne, profesionalne i ostale bolesti kao i posledice psihičkih uticaja,
 - 2) Trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, osim onih koje nastanu usled direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim delovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid ukoliko je posle povrede utvrđena traumatska hernija kod koje je bolnički, pored hernije, utvrđena povreda mekih delova trbušnog zida u tom području,
 - 3) Infekcije i oboljenja koja nastanu usled raznih oblika alergije, rezanja ili kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože,
 - 4) Anafilaktički šok, osim ako nastupi pri lečenju zbog nastalog nesrećnog slučaja,
 - 5) Hernija disci, intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloza, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitisa, kokcigodinija, išijalgija, fibrozitisa, fascitisa i sve patoanatomske promene slabinsko-krstačke regije označene analognim terminima,
 - 6) Odlepljenje mrežnjače (ablatio retinae), ukoliko nije nastalo kao direktna povreda prethodno zdravog oka, bolnički dijagnosticirana,
 - 7) Posledice koje nastanu kod osiguranika usled delirijum termensa i delovanja droga,
 - 8) Posledice medicinskih, naročito operativnih zahvata koji se preduzimaju radi lečenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posledica došlo usled dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis),
 - 9) Patološke promene kostiju i patološke epifiziolize,
 - 10) Sistemne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 6.

1. Ugovor o osiguranju se zaključuje:
 - 1) sa određenim rokom trajanja za vreme od jedne godine ili kraće - kratkoročno osiguranje,
 - 2) na neodređeno vreme trajanja, koji se nastavlja iz godine u godinu, ako ga koja od ugovornih strana pismeno ne otkáže najkasnije na tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja - dugoročno osiguranje.
Kod ovih osiguranja se na polisi označava samo dan početka osiguranja.
 - 3) sa određenim rokom trajanja za vreme preko jedne ili više godina - višegodišnje osiguranje.
2. Ugovor o osiguranju počinje u 24.00 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:
 - 1) Nastupi smrt osiguranika ili bude ustanovljen invaliditet od 100%,
 - 2) Osiguranik postane poslovno nesposoban u smislu člana 4. stava (3) ovih Uslova,
 - 3) Istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navrší 75 godina života,
 - 4) Protekne rok iz člana 11. stava (3) ovih Uslova, a premija do tog roka nije plaćena,
 - 5) bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 19. ovih Uslova.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

1. Obaveza Osiguravača počinje u 24.00 časa onog dana koji je označen u polisi kao početak ugovora o osiguranju, ali ne pre 24.00 časa onog dana kada je plaćena prva premija, osim ako je u polisi ili dopunskim uslovima drugačije ugovoreno.
2. Ako je u polisi ugovoreno plaćanje premije virmanom, obaveza počinje u 24.00 časa onog dana koji je u polisi označen kao početak ugovora o osiguranju.
3. Obaveza Osiguravača prestaje u 24.00 časa onog dana kada istekne rok trajanja ugovora o osiguranju označen u polisi.
4. U slučaju nastanka osiguranog slučaja, obaveza Osiguravača prestaje isplatom osigurane sume, nezavisno od isteka trajanja ugovora o osiguranju.

OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 8.

1. Kad nastane nesrećni slučaj u smislu ovih Uslova Osiguravač isplaćuje iznose ugovorene u ugovoru o osiguranju i to:
 - 1) Osiguranu sumu za slučaj smrti ako je usled nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika, odnosno osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio 100% invaliditet osiguranika,
 - 2) Procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta koji odgovara procentu delimičnog invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio delimični invaliditet osiguranika,
 - 3) Dnevnu naknadu prema članu 15. st. (9) ovih Uslova ako je osiguranik usled nesrećnog slučaja bio privremeno nesposoban za rad, odnosno za vršenje svog redovnog zanimanja,
 - 4) Naknadu troškova lečenja prema članu 15. stav. (10) i (11) ovih Uslova ako je osiguraniku usled nesrećnog slučaja bila potrebna lekarska pomoć i ako je usled toga imao troškove lečenja,
 - 5) Ostale ugovorne obaveze prema dopunskim uslovima.
2. Obaveza Osiguravača iz prethodnog stava postoji kad je nesrećni slučaj nastao pri vršenju delatnosti koja je u polisi izričito navedena (npr. pri vršenju i izvan vršenja redovnog zanimanja ili samo u jednom određenom svojstvu kao: sportista, lovac, vozač ili putnik u motornom vozilu, izletnik, vatrogasac, demonter mina, granata i drugih eksplozivnih predmeta, kaskader itd.).
3. Obaveza Osiguravača iz osnova zaključenog ugovora o osiguranju utvrđuje se prema polisi i osiguranim sumama koje su važile na dan nastanka nesrećnog slučaja.

Ugovorene osigurane sume predstavljaju gornju granicu obaveze Osiguravača i ne podležu uvećanju.

OGRANIČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 9.

1. Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija, ugovorene osigurane sume smanjuju se srazmerno premiji koju je trebalo platiti prema stvarno plaćenju premiji kada nesrećni slučaj nastane:
 - 1) pri upravljanju i vožnji avionom i vazдушnim aparatima svih vrsta, kao i pri sportskim skokovima padobranom, osim u svojstvu putnika u javnom saobraćaju.

- 2) Pri treningu i učešću osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije sledećih sportskih grana: fudbal, hokej na ledu, džiu-džicu, džudo, karate, boks, skijanje, ragbi, rvanje, skijaški skokovi, alpinizam i podvodni ribolov kao i pri automobilskim motociklističkim trkama, motokrosu i pri treningu za njih.
 - 3) Usled ratnih događaja i oružanih sukoba u kojima se nađe osiguranik izvan granice Republike Srbije, s tim da osiguranik nije uzimao aktivnog učešća u tim oružanim akcijama.
 - 4) Kod lica koja predstavljaju anormalni rizik usled toga što su prebolela neku težu bolest, ili su u času zaključenja ugovora bila teže bolesna, ili su opterećena urođenim ili stečenim telesnim manama ili nedostacima.
2. Kao anormalni rizik iz tač. 4) prethodnog stava smatraju se lica koja imaju mane, nedostatke ili bolesti usled kojih je njihova opšta radna sposobnost umanjena preko 50% prema Posebnim uslovima za osiguranje uvećanih rizika (anormalni rizik), koji su sastavni deo ovih Uslova.

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 10.

1. Isključene su sve obaveze Osiguravača, ako je nesrećni slučaj nastao:
 - 1) Usled zemljotresa,
 - 2) Usled ratnih događaja u Republici Srbiji (bez obzira da li je rat objavljen ili ne), građanskog rata, pobune, revolucije, ustanka i nemira koji nastanu iz takvih događaja i aktivnog učešća osiguranika u ratnim događajima izvan granica Republike Srbije.
 - 3) Usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik učestvovao po svom redovnom zanimanju.
 - 4) Pri upravljanju vazдушnim aparatima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenja vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazdušnog aparata, plovnog objekta, motornog i drugog vozila.

Odredbe tač. 4) ovog stava neće se primenjivati u slučaju kada neposredovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastanak nesrećnog slučaja i obaveze Osiguravača.

U smislu ovih Uslova smatra se da osiguranik poseduje propisanu službenu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave preduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlašćenog stručnog instruktora.
 - 5) Usled pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga.

- 6) Usled toga što je osiguranik namerno prouzrokovao nesrećni slučaj.
 - 7) Usled toga što je korisnik namerno prouzrokovao smrt osiguranika, a ako je više korisnika isključen je samo onaj korisnik koji je namerno prouzrokovao smrt osiguranika.
 - 8) Pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju krivičnog dela sa predumišljajem, kao i pri begu posle takve radnje.
 - 9) Usled uzročne veze između delovanja narkotičnih sredstava ili alkoholisanog stanja osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja.
Alkoholisanim stanjem se smatra ako je u krvi osiguranika utvrđeno prisustvo alkohola više od 0,5‰ (0,4735 g/kg ili 10,85 mmol) kod vozača, a kod ostalih više od 1,00‰ (0,9470 g/kg ili 21,70 mmol).
Pod pojmom vozača smatraju se sva lica koja na putu upravljaju vozilom.
2. Ugovor o osiguranju je ništavan, ako je u času njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj, ili je taj bio u nastupanju ili je bilo izvesno da će nastupiti, ili ako je tada već prestala mogućnost da on nastane, a ugovaraču su te okolnosti bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Uplaćena premija se vraća ugovaraču, umanjena za troškove pribave osiguranja a u skladu sa posebnim opštim aktom koji ovo pitanje uređuje.

PLAĆANJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Član 11.

1. Ugovarač je dužan platiti premiju unapred, ako nije drugačije ugovoreno, odjednom za svaku godinu osiguranja. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim obrocima, Osiguravač ima pravo na premiju za celu godinu trajanja osiguranja. Osiguravač ima pravo da sve nenaplaćene premijske obroke iz tekuće godine osiguranja naplati prilikom ma koje isplate iz osnova dotičnog osiguranja.
2. Premija se plaća Osiguravaču ili njegovom predstavniku ili se dostavlja putem pošte ili banke. Ako se premija plaća putem pošte smatra se da je plaćena u 24.00 časa onoga dana kada je uplaćena na pošti, a ako je plaćena putem banke smatra se da je uplaćena u 24.00 časa onog dana kada je nalog predat banci.
3. Ako ugovarač osiguranja premiju koja je dospela ne plati do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku 30 dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premija, s tim da taj rok ne može isteći pre nego što protekne 30 dana od dospelosti premije. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

4. Ako je osiguranje prestalo pre ugovorenog isteka usled isplate osigurane sume za slučaj smrti ili potpunog invaliditeta, premija ugovorena za celu tekuću godinu osiguranja pripada Osiguravaču.
5. U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju pre ugovorenog roka Osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje.

PROMENA ZANIMANJA U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

Član 12.

1. Ugovarač odnosno osiguranik dužan je prijaviti Osiguravaču promenu zanimanja.
2. Ako promena zanimanja utiče na promenu opasnosti Osiguravač će u slučaju povećanja opasnosti predložiti povećanje premije, a u slučaju manje opasnosti, smanjenje premije ili povećanje osiguranih suma. Ovako određene osigurane sume i premije važe od dana nastanka promene zanimanja.
3. Ukoliko ugovarač ne prijavi promenu zanimanja niti prihvati povećanje odnosno smanjenje premije u roku od četrnaest dana, a nastane osigurani slučaj, osigurane sume će se smanjiti ili povećati u srazmeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti.

PRIJAVA NESREĆNOG SLUČAJA

Član 13.

1. Osiguranik koji je usled nesrećnog slučaja povređen dužan je:
 - 1) da se prema mogućnostima odmah prijavi lekaru, odnosno da pozove lekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i da odmah preduzme sve potrebne mere radi lečenja, kao i da se pridržava lekarskih saveta i uputa u pogledu načina lečenja.
 - 2) da o nesrećnom slučaju pismeno obavesti Osiguravača u roku kada mu to njegovo zdravstveno stanje omogući.
 - 3) da sa prijavom o nesrećnom slučaju pruži Osiguravaču sva potrebna obaveštenja i podatke naročito o mestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime lekara koji ga je pregledao ili koji ga leči, nalaze lekara o vrsti telesne povrede, o nastalim eventualnim posledicama, kao i podatke o telesnim manama, nedostacima i bolestima, (član 9. st. (1) tač. 4. ovih Uslova), koje je osiguranik eventualno imao još pre nastanka nesrećnog slučaja.
2. Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja dužan je da o tome pismeno obavesti Osiguravača i da o tome pribavi potrebnu dokumentaciju.

3. Troškovi za lekarski pregled i izveštaj (ponovni lekarski pregled i nalaz specijaliste) i ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje nesrećnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnosioca zahteva.
4. Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača, korisnika ili bilo kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja, kao i da na svoj trošak preduzima mere u svrhu lekarskog pregleda osiguranika preko svojih lekara, lekarskih komisija i zdravstvenih organizacija da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem.
5. 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 njihovo dostavljanje) a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem.

UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA

Član 14.

1. Ako je usled nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika, korisnik je dužan da podnese polisu, dokaz o uplaćenju premiji i dokaz da je smrt nastupila kao posledica nesrećnog slučaja. Korisnik koji nije ugovorom o osiguranju izričito predviđen, dužan je da podnese dokaz o svom pravu na prijem osigurane sume.
2. Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu invaliditet, osiguranik je dužan da podnese: polisu, dokaz o uplaćenju premiji, dokaz o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja i medicinsku dokumentaciju - dokaz o ustaljenim posledicama - za određivanje konačnog procenta trajnog invaliditeta.
3. Konačni procenat invaliditeta određuje Osiguravač prema Tabeli za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (u daljem tekstu: Tabela). Ako neka posledica ili gubitak organa nisu u Tabeli predviđene, procenat invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koja su predviđena u Tabeli. Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzima se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.
4. Kod višestrukih povreda pojedinih udova, kičme ili organa, ukupni invaliditet na određenom udu ili organu određuje se tako da se za najveće oštećenje uzima procenat predviđen u Tabeli, od sledećeg najvećeg oštećenja uzima se polovina procenta predviđenog u Tabeli itd. redom 1/4, 1/8 itd. Ukupni procenat ne može premašiti procenat koji je određen Tabelom invaliditeta za potpuni gubitak tog uda ili organa. Posledice povrede prstiju sabiraju se bez primene gornjeg principa.
5. U slučajevima gubitka više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ sabiraju se.

6. Ako zbir procenata invaliditeta prema Tabeli zbog gubitka ili oštećenja više udova i organa usled jednog nesrećnog slučaja iznosi preko 100%, isplata ne može biti veća od osigurane sume koja je ugovorena za slučaj potpunog invaliditeta.
7. Ako je opšta radna sposobnost osiguranika bila trajno umanjena pre nastanka nesrećnog slučaja, obaveza Osiguravača određuje se prema novom invaliditetu nezavisno od ranijeg, osim u sledećim slučajevima:
 - 1) ako je prijavljeni nesrećni slučaj prouzrokovao povećanje dotadašnjeg invaliditeta, obaveza Osiguravača se utvrđuje prema razlici između ukupnog procenta invaliditeta i ranijeg procenta.
 - 2) ako osiguranik prilikom nesrećnog slučaja izgubi ili povredi jedan od već ranije povređenih udova ili organa, obaveza Osiguravača utvrđuje se samo prema povećanom invaliditetu.
8. Ako je osiguranik usled nesrećnog slučaja privremeno nesposoban za rad, dužan je da o tome podnese izveštaj o trajanju privremene nesposobnosti - sprečenosti za rad, lekara koji ga je lečio. Ovaj izveštaj mora sadržati: lekarski nalaz sa potpunom dijagnozom, tačne podatke kada je započeto lečenje i od kog do kog datuma osiguranik nije bio sposoban da obavlja svoje redovno zanimanje. Za osiguranike koji nisu u radnom odnosu, trajanje privremene nesposobnosti utvrđuje lekar-cenzor Osiguravača, na osnovu medicinske dokumentacije.

ISPLATA OSIGURANE SUME

Član 15.

1. Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu, odnosno odgovarajući deo ili ugovorenu dnevnu naknadu osiguraniku, odnosno korisniku u roku od 14 dana pošto obaveza Osiguravača i visina obaveze budu utvrđeni.
2. Ako se isplata naknade vrši putem pošte ili banke smatra se da je izvršena u 24.00 časa onog dana kada je na pošti, odnosno u banci potvrđena uplata.
3. Osiguravač je dužan da isplati ugovorenu osiguranu sumu, odnosno naknadu, samo ako je nesrećni slučaj nastao za vreme trajanja osiguranja i ako su posledice nesrećnog slučaja predviđene u članu 8. ovih Uslova nastupile u toku godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja.
4. Procenat invaliditeta određuje se prema Tabeli posle završenog celokupnog lečenja, u vreme kada je kod osiguranika u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posledice nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema lekarskom predviđanju ne može očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja, kao konačno se uzima stanje po isteku ovog roka i prema njemu se određuje procenat invaliditeta.
5. Ako je za utvrđivanje visine obaveze Osiguravača potrebno određeno vreme, Osiguravač je dužan na zahtev osiguranika isplatiti iznos koji nesporno odgovara procentu invaliditeta za koji se već tada može, na osnovu medicinske dokumentacije, utvrditi da će trajno ostati, ali najviše 50% od ugovorene osigurane sume.

Osiguravač neće isplatiti akontaciju pre nego što je utvrđena njegova obaveza s obzirom na okolnosti nastanka nesrećnog slučaja.
6. Ako osiguranik umre pre isteka godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja od posledice nesrećnog slučaja, a konačni procenat invaliditeta je bio već 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.

7. Ako konačni procenat invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre usled istog nesrećnog slučaja, Osiguravač isplaćuje osiguraniku osiguranu sumu određenu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume ili eventualno već isplaćenog nespornog dela (akontacije) ali samo tada ako je osiguranik umro najkasnije u roku od tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.
8. Ako pre utvrđenog procenta invaliditeta u roku od tri godine od nastanka nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika iz bilo kojeg drugog uzroka osim navedenog u prethodnom stavu ovog člana, visina obaveze Osiguravača iz osnova invaliditeta utvrđuje se na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.
9. Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu osiguranikovu prolaznu nesposobnost za rad, Osiguravač isplaćuje osiguraniku ugovoreni iznos dnevne naknade za dane trajanja privremene nesposobnosti za rad, ukoliko nije drugačije ugovoreno (karenca), a prema izveštaju lekara o trajanju privremene nesposobnosti za rad, ali najviše 200 dana. Ako je prolazna nesposobnost produžena iz bilo kojih zdravstvenih razloga, Osiguravač je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za vreme bolovanja prouzrokovanog isključivo nesrećnim slučajem.

Pravo na dnevnu naknadu prestaje danom početka rada sa punim radnim vremenom.

10. Ako nesrećni slučaj ima za posledicu narušenje zdravlja osiguranika, koje zahteva lekarsku pomoć, a ugovorena je i naknada troškova lečenja, Osiguravač po završetku lečenja isplaćuje sledeće naknade:
 - 1) naknadu stvarnih i nužnih troškova lečenja, učinjenih najduže u toku godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja;
 - 2) naknadu u visini 2% od ugovorene sume za troškove lečenja za svaki dan proveden na lečenju u ustanovama stacionarnog tipa (bolnički dani), ali najviše za 30 dana.Ukupne isplate na ime troškova lečenja mogu iznositi najviše do ugovorene sume za slučaj troškova lečenja.
11. Pod troškovima lečenja, kao posledice nesrećnog slučaja u smislu stava (10) ovog člana, smatraju se stvarni i nužni troškovi lečenja u odgovarajućim zdravstvenim ustanovama, izuzev zdravstvenih ustanova u privatnom vlasništvu, a koji su prema oceni nadležnog lekara neophodni, a padaju na teret osiguranika (participacije: bolničkog lečenja, hirurških intervencija, nabavka veštačkih udova i sl.). Osiguravač nije dužan da nadoknadi troškove lečenja ako osiguranik ima pravo na besplatno lečenje u zdravstvenim ustanovama.
12. Ako kao dalja posledica nesrećnog slučaja 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 i isplaćenu naknadu troškova lečenja.

ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

Član 16.

1. Korisnik za slučaj smrti osiguranika utvrđuje se na polisi osiguranja.

2. Ako u polisi osiguranja, ili dopunskim uslovima uz ove Opšte uslove nije ništa određeno, korisnici za slučaj osiguranikove smrti smatraju se po redovima:
 - 1) osiguranikova deca i bračni drug, s tim da im osigurana suma za slučaj smrti pripada na jednake delove;
 - 2) osiguranikova deca na jednake delove, ako nema bračnog druga;
 - 3) osiguranikov bračni drug i njegovi roditelji, ako nema dece, tako da bračnom drugu pripada jedna polovina osigurane sume, za slučaj smrti, a druga polovina na jednake delove pripada roditeljima, ako su oba živa, odnosno onom roditelju koji je u životu;
 - 4) njegov bračni drug, ako su oba roditelja osiguranika umrla pre njegove smrti, kojemu tada pripada cela osigurana suma za slučaj smrti;
 - 5) njegovi roditelji ili roditelj koji je u životu, ako nema bračnog druga i ako su oba roditelja živa, pripada im osigurana suma za slučaj smrti na jednake delove, a ako je samo jedan u životu njemu pripada ta suma u celosti;
 - 6) njegov zakonski naslednik ili naslednici utvrđeni pravovaljanom sudskom odlukom, ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama.
3. Bračnim drugom smatra se lice koje je bilo u braku sa osiguranikom u momentu njegove smrti.
4. U slučaju invaliditeta, prolazne nesposobnosti za rad, kao i naknade troškova lečenja, korisnik je sam osiguranik, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
5. Ako je korisnik osiguranja maloletno lice, isplata osiguranih suma odnosno naknade izvršiće se njegovim roditeljima ili staratelju, a Osiguravač ima pravo od ovih lica zahtevati da prethodno pribave ovlašćenje za prijem pripadajućeg iznosa osigurane sume, odnosno naknade.

POSTUPAK VEŠTAČENJA

Član 17.

1. U slučaju da se Osiguravač i osiguranik ili ugovarač, odnosno korisnik ne slože u pogledu vrste i obima posledica nesrećnog slučaja ili u pogledu toga da li je i u kom obimu povreda osiguranika u uzročnoj vezi sa nesrećnim slučajem, mogu utvrđivanje ovih činjenica poveriti dvojici veštaka - lekara od kojih jednog imenuje Osiguravač a drugog suprotna strana. Pre veštačenja ova dvojica veštaka biraju trećeg veštaka, koji će dati svoje stručno mišljenje i to samo o pitanjima koja ostanu sporna među veštacima i u granicama njihovih procena.
2. Svaka strana plaća troškove veštaka koga je imenovala, a trećem veštaku plaćaju obe strane po pola.

POSTUPAK PO PRIGOVORIMA

Član 18.

U slučaju da se Osiguravač i korisnik ne slože u pogledu vrste i obima posledica nesrećnog slučaja ili u pogledu toga da li je i u kom obimu povreda osiguranika u uzročnoj vezi sa nesrećnim slučajem, korisnik osiguranja može uložiti prigovor nadležnom organu Osiguravača.

OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

Član 19.

1. Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju sa neodređenim trajanjem, ukoliko ugovor nije prestao po kom 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 proteka ovog roka, uz otkazni rok od šest meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

Član 20.

Potraživanja iz ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja zastarevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 21.

Sastavni deo ovih Uslova je Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) kao posledice nesrećnog slučaja (nezgode).

Član 22.

Ovi Uslovi stupaju na snagu danom donošenja.

**PRESEDNIK
UPRAVNOG ODBORA**

Predloženi Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) u skladu su sa Zakonom i propisima donetim na osnovu Zakona i drugim propisima kojima se uređuje delatnost osiguranja.

Predmet osiguranja, rizici od kojih se vrši osiguranje, način sprovođenja osiguranja i ostali postupci u procesu sprovođenja osiguranja definisani su odgovarajućim odredbama ovih Uslova.

Daje se pozitivno mišljenje na predlog Opštih uslova za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode).

OVLAŠĆENI AKTUAR

Milan Cerović