

OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE)



DA BI BILO
JASNIJE



BITNA
DOKUMENTA



SKREĆEMO
VAM PAŽNJU



POSEBNO
VAŽNO



OSIGURANA
SUMA PREMIJA

UVODNE 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 (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja zaključuje sa Akcionarskim društvom za osiguranje (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim Uslovima imaju sledeća značenja:
 - **OSIGURAVAČ** – akcionarsko društvo za osiguranje, koje se ugovorom o osiguranju obavezuje da će, ako se ostvari osigurani slučaj, isplatiti korisniku osiguranja ugovorenu osiguranu sumu, odnosno naknadu;
 - **PONUĐAČ** – lice koje želi da zaključuje ugovor o osiguranju i u tu svrhu podnosi pismenu ili usmenu ponudu osiguravaču;
 - **UGOVARAČ OSIGURANJA** – lice koje sa osiguravačem zaključuje ugovor o osiguranju;
 - **OSIGURANIK** – lice od čije smrti, gubitka opšte radne sposobnosti, onesposobljenja za rad ili narušenja zdravlja, zavisi isplata osigurane sume, odnosno naknade;
 - **KORISNIK** – lice u čiju korist se koristi zaključuje ugovor o osiguranju;
 - **POLISA** – isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
 - **LIST POKRIČA** – privremeni dokaz o zaključenom ugovoru o osiguranju, koji sadrži bitne elemente ugovora;
 - **PREMIJA** – iznos koji je ugovarač osiguranja dužan da plati po zaključenom ugovoru o osiguranju;
 - **OSIGURANA SUMA** – najveći iznos do kojeg je osiguravač u obavezi kada nastupi osigurani slučaj;
 - **OSIGURANI SLUČAJ** – događaj koji je obuhvaćen ugovorom o osiguranju, a koji mora biti budući, neizvestan i nezavisan od isključive volje ugovarača.
 - **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;
 - **UGOVORENA TABELA INVALIDITETA** – tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) osiguranika kao posledice nesrećnog slučaja (nezgode) koja je u zavisnosti od izabranog osiguravajućeg pokrića ugovorena od strane ugovarača osiguranja i koja je definisana i precizirana u polisi osiguranja (u daljem tekstu: Tabela invaliditeta).

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

- (1) Ugovorom o osiguranju, ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju, a osiguravač se obavezuje da, ako se desi osigurani slučaj, isplati korisniku osiguranja osiguranu sumu, odnosno njen deo.
- (2) Ovim Uslovima regulišu se odnosi između ugovarača osiguranja i osiguravača po ugovorenim oblicima osiguranja za slučaj:
 - 1) smrti usled nesrećnog slučaja;
 - 2) trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta);
 - 3) prolazne nesposobnosti za rad (dnevna naknada);
 - 4) narušavanja zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć (troškovi lečenja i bolnički dani);
 - 5) ostali ugovoreni slučajevi regulisani su dopunskim uslovima.

- (3) Trajni gubitak opšte radne sposobnosti (invaliditet) može se ugovoriti:
 - a. sa linearnim načinom obračuna isplate osigurane sume (u daljem tekstu: linearni invaliditet) u skladu sa članom 8. stav (1) tačka 1) podtačka 1. i tačka 2).
 - b. sa progresivnim načinom obračuna isplate osigurane sume (u daljem tekstu: progresivni invaliditet) u skladu sa članom 8. stav (1), tačka 1), podtačka 2. i stav (2).
- (4) Ukoliko u ugovoru o osiguranju nije izričito navedeno da je ugovoren progresivni invaliditet, smatra se da je ugovoren linearni invaliditet.
- (5) Trajni gubitak opšte radne sposobnosti može se ugovoriti sa isključenjem obaveze osiguravača ukoliko je nesrećni slučaj za posledicu imao procenat invaliditeta ispod određenog procenta (u daljem tekstu: isključenje određenih procenata invaliditeta), što mora biti definisano i precizirano u ugovoru o osiguranju.
- (6) Prolazna nesposobnost za rad se može ugovoriti sa isplatom dnevne naknade:
 - a. za svaki dan trajanja privremene sprečenosti za rad u skladu sa članom 15. st. (9), (10) i (14);
 - b. za unapred definisan broj dana lečenja posledice nesrećnog slučaja, u skladu sa Tabelom za određivanje broja dana lečenja posledice nesrećnog slučaja, bez obzira na stvarno trajanje lečenja (u daljem tekstu: isplata dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja) u skladu sa članom 15. st. od (11) do (14).
- (7) 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 15. st. (9), (10) i (14).
- (8) Prolazna nesposobnost za rad definisana stavom (6) tačka a. može se ugovoriti sa periodom čekanja, što mora biti definisano u ugovoru o osiguranju.
- (9) Sva obaveštenja i prijave, koje su ugovorne strane dužne da učine u smislu odredaba Uslova, obavezno se moraju pismeno potvrditi ako su učinjene usmeno, telefonom ili na koji drugi način.
- (10) 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.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu usmene ili pismene ponude.
- (2) Osiguravač može prethodno da traži pismenu ponudu od ponuđača na posebnom obrascu.
- (3) Ako osiguravač ne prihvati pismenu ponudu dužan je da u roku od 8 (osam) dana od dana njenog prijema pismeno obavesti 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 onog dana kada je ponuda prispela osiguravaču.
- (5) Ako osiguravač prihvati ponudu samo pod posebnim uslovima, osiguranje je zaključeno danom 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 8 (osam) dana od dana prijema preporučenog obaveštenja osiguravača.
- (7) Ugovor o osiguranju zaključen je kada ugovarač i osiguravač potpišu polis osiguranja ili list pokrića.
- (8) Ugovorni odnos iz osiguranja može nastati i samim plaćanjem premije, ukoliko su ispunjeni uslovi definisani Odlukom osiguravača.
- (9) Ugovarač osiguranja dužan je da, po zaključenju ugovora o osiguranju, sva osigurana lica upozna sa sadržinom ovih Uslova i sa sadržinom obaveštenja o obradi podataka o ličnosti osiguranika koji mu dostavi osiguravač.

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 predviđeno posebnim ili dopunskim uslovima, odnosno ugovorom o osiguranju.
- (2) Lica čija je opšta radna sposobnost umanjena usled neke teže bolesti, težih telesnih mana ili nedostataka, osiguravaju se uz nplatu povišene premije u smislu člana 9. stav (2) ovih Uslova.
- (3) Lica potpuno lišena poslovne sposobnosti u svakom slučaju su isključena iz osiguranja, osim ako zakonom nije drugačije određeno.



POJAM NESREČNOG 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 narušavanje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć, odnosno druge posledice predviđene dopunskim uslovima.
- (2) U smislu prethodnog stava nesrećnim slučajem smatraju se naročito sledeći događaji: gušenje, 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;
 - 2) infekcija povrede prouzrokovane nesrećnim slučajem;
 - 3) trovanje usled udisanja gasova ili otrovnih para;
 - 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;
 - 7) prsnuće mišića, iščašenje, prsnuće zglobnih veza, prelomi zdravih kostiju koji nastanu usled naglih telesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajem, a ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi;
 - 8) delovanje svetlosti, sunčevih 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 iznenada.
- (4) Ne smatraju se nesrećnim slučajem u smislu ovih 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 nakon 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 alergija, 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, miofasciitis, kokcigodinija, išijalgija, fibrozitis, fasciitis i sve patoanatomske promene slabinsko-krstačne regije označene analognim terminima;
 - 6) odlepljenje mrežnjače (ablatio retinae), ukoliko nije nastala kao direktna povreda prethodno zdravog oka, bolnički dijagnostifikovana;
 - 7) posledice koje nastanu kod osiguranika usled delirijum tremensa 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 neuro-muskularne 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 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 ili 100% invaliditet osiguranika;

- 2) osiguranik postane poslovno nesposoban u smislu člana 4. stav (3) ovih Uslova;
- 3) istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navršši 75 godina života;
- 4) protekne rok iz člana 11. stav (3) ovih Uslova, a premija do tog roka nije plaćena i bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 18. ovih Uslova.



POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

- (1) Obaveza osiguravača da isplati ugovorenu osiguranu sumu počinje u 24.00 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 prva premija, osim ako je u polisi ili dopunskim uslovima drugačije ugovoreno.
- (2) Obaveza osiguravača prestaje u 24.00 časa onog dana kada istekne rok trajanja ugovora o osiguranju, označen u polisi.



OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 8.

- (1) Kad nastane osigurani 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:
 1. osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio 100% invaliditet osiguranika – ako je ugovoren linearni invaliditet, ili
 2. 200% osigurane sume za slučaj invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio 100% invaliditet osiguranika – ako je ugovoren progresivni invaliditet;
 - 2) procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta, koji odgovara procentu delimičnog invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio delimični invaliditet osiguranika - ako je ugovoren linearni invaliditet;
 - 3) procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta usled nezgode ako je usled nesrećnog slučaja nastupio invaliditet osiguranika do 50%, dok se naknada iz osiguranja za procenat invaliditeta preko 50% utvrđuje saglasno stavu (2) ovog člana – ukoliko je ugovoren progresivni invaliditet;
 - 4) dnevnu naknadu za svaki dan privremene sprečenosti za rad prema članu 15. st. (9), (10) i (14) ovih Uslova, ako nesrećni slučaj za posledicu imao 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 ugovoreno;
 - 5) dnevnu naknadu za unapred definisani broj dana lečenja prema članu 15. st. od (11) do (14) ovih Uslova, ako usled nesrećnog slučaja nastupi posledica navedena u Tabeli za određivanje broja dana lečenja posledice nesrećnog slučaja (u daljem tekstu: Tabela dnevne naknade) - ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja;
 - 6) nadoknadu troškova lečenja prema članu 15. stav (15) tačka 1) i stav (16) ovih Uslova, ako je osiguraniku usled nesrećnog slučaja bila potrebna lekarska pomoć i ako je usled toga imao troškove lečenja.
 - 7) naknadu za bolnički dan prema članu 15. stav (15) tačka 2) ovih uslova ako je osiguranik usled nesrećnog slučaja boravio na lečenju u ustanovi stacionarnog tipa. Pod ustanovom stacionarnog tipa, u smislu ovih uslova, podrazumevaju se traumatološke i druge bolnice (ortopedske, neurohirurške i sl.) koje primaju na lečenje osobe povređene usled nesrećnog slučaja i ustanove u kojima se sprovodi rehabilitacija.
 - 8) ostale ugovorne obaveze prema dopunskim uslovima.
- (2) Ukoliko je ugovoren progresivni invaliditet a procenat utvrđenog invaliditeta osiguranika iznosi preko 50% ali ne više od 75%, procenat naknade koju osiguravač isplaćuje izračunava se tako što se na svaki deo procenta invaliditeta koji iznosi više od 50% priznaje dvostruki iznos naknade za slučaj invaliditeta. Ako procenat invaliditeta iznosi više od 75% a manje od 100%, procenat naknade koju osiguravač isplaćuje izračunava se tako što se na svaki deo procenta invaliditeta koji iznosi više od 50% a manje od 75% izračunava dvostruki iznos naknade, a za svaki deo procenta invaliditeta koji iznosi više od 75% a manje od 100% priznaje se četvorostruki iznos naknade za slučaj invaliditeta.
- (3) Obaveze osiguravača u smislu st. (1) i (2) ovog člana postoje samo ako je nesrećni slučaj nastao u ugovorenom periodu osiguranja. Obaveze osiguravača utvrđuju se prema polisi koja je važila na dan dešavanja nesrećnog slučaja. Ugovorene osigurane sume predstavljaju gornju granicu obaveze osiguravača, koje ne podležu revalorizaciji.
- (4) Obaveza osiguravača iz prethodnog stava postoji kad je nesrećni slučaj nastao pri vršenju delatnosti koje su u polisi izričito navedene (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.).

OGRANIČENJE OBAVEZA 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 i to: fudbala, hokeja na ledu, džiu-džice, džudoa, karatea, boksa, skijanja, ragbija, rvanja, skijaških skokova, alpinista i podvodnog ribolova, kao i pri automobilskim, motociklističkim brzinskim trkama, motokrosu i pri treningu za njih;
 - 3) usled ratnih događaja i oružanih sukoba u kojima se nađe osiguranik izvan granica Republike Srbije pod uslovom da osiguranik nije uzimao aktivnog učešća u tim događajima;
 - 4) kod lica koja predstavljaju abnormalni rizik usled toga što su preležala neku težu bolest ili su u času zaključenja ugovora bila teže bolesna ili su opterećena urođenim ili stečenim telesnim manama ili nedostacima.
- (2) Kao abnormalni rizik iz tačke 4) prethodnog stava, smatraju se lica koja imaju mane, nedostatke ili bolesti usled kojih je njihova opšta radna sposobnost umanjena preko 50%, a prema Tabeli invaliditeta iz ovih Uslova koja je sastavni deo ugovora o osiguranju.

ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 10.

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravača, ako je nesrećni slučaj nastao:
 - 1) kao posledica prirodne katastrofe (zemljotresi, poplave i sl.);
 - 2) kao posledica ratnih događaja, ustanka, terorističkog akta, pobuna, nemira ili nereda u Republici Srbiji ili aktivnog učešća u takvim događajima izvan granica Republike Srbije;
 - 3) usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u tim događajima učestvovao po svom redovnom zanimanju;
 - 4) pri upravljanju vazдушnim aparatima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazdušnog aparata, plovnog objekta, motornog i drugog vozila.

Odredbe tačke 4), ovog stava neće se primenjivati u slučaju kada neposredovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastajanje nesrećnog slučaja i obaveze osiguravača. U smislu ovih uslova smatra se da osiguranik poseduje propisanu službenu 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 umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje;
 - 9) usled uzročne veze između delovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se da je nesrećni slučaj nastao usled uzročne veze delovanja alkohola na osiguranika:
 - u slučaju saobraćajne nezgode, ako je vozač motornog vozila, odnosno osiguranik u trenutku nastanka nesrećnog slučaja u krvi imao više od dozvoljene količine alkohola prema pozitivnim zakonskim propisima na snazi u trenutku nastanka nesrećnog slučaja, a kod profesionalnih vozača motornih vozila nije dozvoljeno prisustvo alkohola u krvi (0.00‰);
 - ako je alkotest pokazao alkoholisanost, a osiguranik se nije potrudio da analizom krvi bude precizno utvrđen stepen prisustva alkohola u krvi;
 - ako odbije ili izbegne mogućnost utvrđivanja stepena prisustva alkohola u krvi;
 - ako se udalji sa mesta nezgode, odnosno ako ne pozove policiju niti obavesti najbližu policijsku stanicu o nezgodi;
 - 10) zbog aktivnog učestvovanja u fizičkom obračunu, osim u dokazanom slučaju samoodbrane;
 - 11) tako što su telesna oštećenja nastala kao posledica mera lečenja ili zahvata koje osiguranik obavi na svom telu ili dozvoli njihovo obavljanje, a nisu medicinski neophodna već su obavljena iz estetskih razloga;
 - 12) kao posledica 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;

- 13) usled uzročno-posledične veze između delovanja zloupotrebjenih lekova na osigurano lice i nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se da je osigurano lice zloupotrebilo lek u sledećim slučajevima:
 - ako je osigurano lice koristilo lek za koji ne postoji dozvola za stavljanje u promet ili čija su proizvodnja i promet zakonom zabranjeni;
 - ako se osigurano lice prilikom korišćenja leka nije pridržavalo uputstva za pacijenta/korisnika, kao dokumenta koji sadrži osnovne informacije o datom leku i njegovom korišćenju.
- (2) Ukoliko je ugovoreno isključenje određenih procenata invaliditeta u skladu sa članom 2. stav (5) ovih 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.
- (3) Ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja, isključena je obaveza osiguravača za one posledice nesrećnog slučaja koje nisu navedene u Tabeli dnevne naknade.
- (4) Isključena je obaveza osiguravača da nadoknadi troškove lečenja utvrđene u skladu sa članom 15. stav (15) tačka 1) i stav (16) 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.
- (5) Ukoliko osiguranik ima zaključeno osiguranje troškova lečenja po više ugovora o osiguranju, pravo na nadoknadu troškova lečenja nastalih kao posledica istog nesrećnog slučaja može ostvariti samo jednom, do iznosa ugovorene osigurane sume.
- (6) 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 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.
- (7) Isključena je obaveza osiguravača da isplati naknadu za bolnički dan utvrđenu u skladu sa članom 15. stav (15) tačka 2) ovih uslova ako boravak osiguranika u rehabilitacionoj zdravstvenoj ustanovi nije potvrdio ordinirajući lekar (ortoped, fizijatar).



PLAĆANJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Član 11.

- (1) Ako nije drugačije ugovoreno, ugovarač je dužan da plati premiju odjednom za svaku godinu osiguranja. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plati u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, osiguravač ima pravo na premiju za celu godinu trajanja osiguranja. Osiguravač ima pravo da sve nenaplaćene premijske rate iz tekuće godine osiguranja naplati prilikom bilo koje isplate iz osnova dotičnog osiguranja.
- (2) Smatra se da je premija plaćena onog dana kada je iznos uplate na ime premije osiguranja evidentiran na računu osiguravača.
- (3) Ako ugovarač osiguranja 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. 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.
- (6) Osiguravač ima pravo, da utvrđenu naknadu ugovorenog iznosa, umanjí za dospelu a neuplaćenu premiju osiguranja.

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) U slučaju nastupanja osiguranog slučaja, korisnik osiguranja je dužan da osiguravaču podnese odštetni zahtev i polis, 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) i (6) ovog člana.
- (2) U slučaju smrti osiguranika usled nesrećnog slučaja, korisnik osiguranja je dužan da osiguravaču podnese:
 - a) izvod iz matične knjige umrlih;
 - b) dokaz da je smrt nastupila kao posledica nesrećnog slučaja: zvanični izveštaj policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja, obaveštenja i podatke naročito o mestu i vremenu kada je nesrećni slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime i izveštaj lekara koji je konstatovao smrt (tzv. potvrda o smrti), obdukcioni nalaz (ako je izvršena obdukcija) i dr;
 - c) ostalu dokumentaciju neophodnu osiguravaču za obradu odštetnog zahteva i utvrđivanje prava korisnika osiguranja;
 - d) dokaz o pravu na prijem osigurane sume (pravosnažno ostavinsko rešenje) – ukoliko korisnik nije ugovorom o osiguranju izričito određen.
- (3) Osiguranik koji je usled nesrećnog slučaja povređen dužan je:
 - a) da se što je pre moguće javi lekaru, tj. 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 uputstava u pogledu načina lečenja;
 - b) da o nesrećnom slučaju obavesti osiguravača u najkraćem roku, čim mu to njegovo zdravstveno stanje dozvoli;
 - c) da pruži osiguravaču sva potrebna obaveštenja i podatke, naročito o mestu i vremenu kada je nesrećni slučaj nastao, potpuni opis događaja (dokaz o događaju – prijava o povredi na poslu, izveštaj MUP-a i sl.), ime lekara koji ga je pregledao ili koji ga leči, nalaz lekara o vrsti telesne povrede i o eventualnim nastalim posledicama, da dostavi osiguravaču kompletnu medicinsku dokumentaciju od prve ukazane pomoći do završetka lečenja, kao i podatke o telesnim manama, nedostacima i bolestima koje je osiguranik eventualno imao još pre nastanka nesrećnog slučaja.
- (4) U slučaju invaliditeta, osiguranik je dužan da dostavi osiguravaču i medicinsku dokumentaciju - dokaz o ustaljenim posledicama za određivanje konačnog procenta trajnog invaliditeta.
- (5) Ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za svaki dan trajanja privremene sprečenosti za rad, ako usled nesrećnog slučaja nastupi prolazna nesposobnost za rad, osiguranik je dužan da uz zahtev podnese:
 - a) medicinsku dokumentaciju o ukazanoj prvoj pomoći, kao i drugu medicinsku dokumentaciju koja će ukazati na neophodnost bolovanja;
 - b) 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. Za osiguranike koji nisu u radnom odnosu trajanje prolazne nesposobnosti za rad utvrđuje lekar cenzor osiguravača na osnovu medicinske dokumentacije;
 - c) kopiju prijave povrede na radu (ako je povreda bila na radu).
- (6) Ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja, ako usled nesrećnog slučaja nastupi prolazna nesposobnost za rad, osiguranik je dužan da podnese:
 - a) kompletnu medicinsku dokumentaciju o ukazanoj prvoj pomoći,
 - b) medicinsku dokumentaciju sa potpunom dijagnozom.
 - c) kopiju prijave povrede na radu (ako je povreda bila na radu).
- (7) Ukoliko je usled nesrećnog slučaja nastupilo narušenje zdravlja osiguranika koje zahteva lekarsku pomoć i usled kojeg su nastali troškovi lečenja koji padaju na teret osiguranika u skladu sa ovim Uslovima, osiguranik je dužan da osiguravaču dostavi originalni račun koji se odnosi na navedene troškove lečenja usled nesrećnog slučaja i dokaz da su troškovi lečenja plaćeni (fiskalni račun).
- (8) Ukoliko je usled nesrećnog slučaja nastupilo narušenje zdravlja osiguranika koje zahteva lekarsku pomoć i boravak u ustanovi stacionarnog tipa, osiguranik je dužan da osiguravaču dostavi otpusnu listu iz zdravstvene ustanove u kojoj je boravio. Ako je osiguranik boravio u ustanovi stacionarnog tipa radi rehabilitacije, osiguravaču treba da dostavi i uput ili preporuku ordinirajućeg lekara (ortopeda, fizijatra) da je rehabilitaciono lečenje potrebno.
- (9) Troškovi za lekarski pregled i izveštaj lekara, (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.
- (10) 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 lekara, lekarskih komisija i zdravstvenih ustanova, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem.
- (11) Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača i korisnika osiguranja traži svu potrebnu medicinsku dokumentaciju 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.
- (12) 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.

UTVRĐIVANJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 14.

- (1) Konačni procenat invaliditeta određuje osiguravač, prema Tabeli invaliditeta koja je definisana i precizirana u polisi/ ugovoru o osiguranju, u zavisnosti od toga koja je vrsta pokrića ugovorena polisom, odnosno ugovorom o osiguranju. Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzima se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.
- (2) 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 invaliditeta, od sledećeg najvećeg oštećenja uzima se polovina procenta predviđenog u Tabeli invaliditeta, i tako redom 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.
- (3) U slučajevima gubitka više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja, procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ se sabiraju.
- (4) Ako zbir procenata invaliditeta prema Tabeli invaliditeta, 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.
- (5) 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.
- (6) 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.
- (7) U skladu sa prethodnim stavom ovog člana, osiguravač priznaje samo one posledice nesrećnog slučaja koje su navedene u Tabeli dnevne naknade.



ISPLATA OSIGURANE SUME ILI DELA OSIGURANE SUME

Član 15.

- (1) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu, odnosno naknadu korisniku osiguranja u roku od 14 (četrnaest) 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 u pošti, odnosno 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 invaliditeta koja je sastavni deo ugovora o osiguranju, posle završenog 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 da na zahtev osiguranika isplati 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 posledica nesrećnog slučaja, 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.
- (7) Ako konačni procenat invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre usled istog nesrećnog slučaja, 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 nesrećnog slučaja.
- (8) Ako pre utvrđenog procenta invaliditeta u roku od tri godine od nastanka nesrećnog slučaja 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.

- (9) Ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za svaki dan trajanja privremene sprečenosti za rad i ako nesrećni slučaj 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 nesrećnim slučajem.
- (10) U skladu sa prethodnim stavom ovog člana, pravo na dnevnu naknadu prestaje danom početka rada sa punim ili skraćenim radnim vremenom.
- (11) 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 nesrećnog slučaja, 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 nesrećnog slučaja, odnosno stvarno trajanje prolazne nesposobnosti za rad.
- (12) U skladu sa prethodnim stavom ovog člana, ukoliko usled jednog nesrećnog slučaja osiguranik za posledicu ima dve ili više posledica nesrećnog slučaja predviđenih Tabelom dnevne naknade, osiguravač je dužan da isplati naknadu samo za onu posledicu za koju je Tabelom predviđen najveći broj dana lečenja.
- (13) Saglasno st. (11) i (12) ovog člana, obaveza osiguravača postoji isključivo ako nastupi posledica nesrećnog slučaja koja je navedena u Tabeli dnevne naknade.
- (14) 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.
- (15) Ako nesrećni slučaj ima za posledicu narušenje zdravlja osiguranika koje zahteva lekarsku pomoć i ugovorena je nadoknada troškova lečenja i naknada za bolničke dane, osiguravač po završetku lečenja isplaćuje:
 - 1) nadoknadu stvarnih i nužnih troškova lečenja učinjenih najduže u toku 1 (jedne) godine od dana nastanka nesrećnog slučaja,
 - 2) ugovoreni iznos naknade za bolnički dan za svaki dan proveden na lečenju u ustanovama stacionarnog tipa, najduže u toku 1 (jedne) godine od dana nastanka nesrećnog slučaja, ali najviše za 30 dana.
Iznos naknade za bolnički dan ugovara se polisom odnosno ugovorom o osiguranju.
U slučaju nastupanja nesrećnog slučaja koji za posledicu ima narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć, ukupna obaveza osiguravača koja podrazumeva nadoknadu troškova lečenja i naknadu za bolničke dane može iznositi najviše do ugovorene osigurane sume za troškove lečenja.
- (16) Pod troškovima lečenja, u smislu stava (15), tačka 1 ovog člana, smatraju se stvarni i nužni troškovi lečenja posledica nesrećnog slučaja, 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, hirurških intervencija i dr.).
- (17) 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 polisom osiguranja, odnosno posebnom izjavom kao sastavnim delom polise osiguranje.
- (2) Ako u polisi osiguranja ili dopunskim uslovima uz ove Opšte uslove nije ništa posebno određeno, korisnici za slučaj osiguranikove smrti su zakonski naslednici osiguranika.
- (3) Za slučaj invaliditeta i/ili prolazne nesposobnosti za rad, nadoknade troškova lečenja i naknade za bolnički dan, korisnik osiguranja je sam osiguranik.
- (4) U slučaju smrti osiguranika pre izvršene isplate naknade po osnovu invaliditeta, prolazne nesposobnosti za rad, troškova lečenja tj. bolničkih dana ili drugih ugovorenih slučajeva, isplata se vrši korisniku osiguranja za slučaj smrti.
- (5) Ako je korisnik osiguranja maloletno lice, isplata osigurane sume, odnosno naknade izvršiće se njegovim roditeljima ili staratelju.

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, utvrđivanje ovih činjenica mogu 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.

OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

Član 18.

- (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.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

Član 19.

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

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 20.

- (1) Na osnovu ovih Uslova, a u zavisnosti od vrste ugovorenog pokrića, sastavni deo ugovora o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja je Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) osiguranika kao posledice nesrećnog slučaja (nezgode).
- (2) Na osnovu ovih Uslova ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja, sastavni deo ugovora o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja je i Tabela za određivanje broja dana lečenja posledica nesrećnog slučaja.

Početak primene: 11.3.2013. godine.