

Na sjednici Odbora direktora održanoj dana 09.06.2011. godine usvojeni su:

OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA OD POSLJEDICA NESREĆNOG SLUČAJA

I. UVOD

Uvodne odredbe

Član 1

- (1) Opšti uslovi za osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja (u daljem tekstu: opšti uslovi), sastavni su dio ugovora o osiguranju lica od posljedica nesrećnog slučaja, koji je zaključen između ugovarača osiguranja i Sava osiguranja AD (u daljem tekstu: osiguravajuće društvo).
- (2) Pojedini izrazi u ovim opštim uslovima imaju sljedeće značenje:
 - **Ugovarač osiguranja** – lice koje zaključi ugovor o osiguranju sa osiguravajućim društvom;
 - **Osiguranik** - lice od čije smrti, invaliditeta ili tjelesne povrede zavisi isplata osigurane sume odnosno naknade;
 - **Osigurani slučaj** - događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a koji mora biti budući, nezvjestan i nezavisan od isključive volje ugovarača osiguranja/osiguranika;
 - **Ponuđač** - lice koje želi da zaključi ugovor o osiguranju i u tu svrhu podnosi pismenu ponudu osiguravajućem društvu;
 - **Korisnik osiguranja** - lice kome se vrši isplata osigurane sume odnosno naknade;
 - **Ponuda** - isprava koja predstavlja predlog za sklapanje osiguranja od posljedica nesrećnog slučaja;
 - **Polisa** - isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
 - **Osigurana suma** - na polisi određeni iznos koji predstavlja gornju granicu obaveze osiguravajućeg društva;
 - **Premija** - iznos koji je ugovarač osiguranja dužan da plati osiguravajućem društvu;

- **Karenca** - razdoblje u kome osiguravajuće društvo nije u obavezi da isplati naknadu iako je osiguranje važeće. Karenca se koristi samo kod osiguranja dnevne naknade;
- **Ponovljena povreda** - ponovna povreda istog dijela tijela.

Opšte odredbe

Član 2

- (1) Sastavni dio ugovora o osiguranju su ponuda, polisa, opšti i posebni uslovi.
- (2) Sva obavještenja i prijave, koje su ugovorne strane dužne da učine u smislu odredbi ovih opštih uslova, obavezno se moraju pismeno potvrditi ukoliko su učinjeni usmeno, telefonom ili na neki drugi način.
- (3) Kao dan prijema obavještenja, odnosno prijave, smatra se dan kada je primljeno obavještenje odnosno prijava. Ako se obavještenje, odnosno prijava šalje poštom sa preporukom, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti.
- (4) Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pisanom obliku.

Obim osiguranja

Član 3

- (1) Osiguranje u obimu koji je određen sa ovim uslovima pokriva:
 - smrt zbog nesrećnog slučaja (nezgode) i/ili
 - trajni gubitak opšte radne sposobnosti (invaliditet).
- (2) Ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija osiguranjem se može pokriti i jedna ili više sljedećih opasnosti:
 - smrt zbog bolesti,

- privremena nesposobnost za rad (dnevna naknada),
- nastanak troškova pogrebnine,
- nastanak troškova liječenja.

Osigurana lica

Član 4

- (1) Po ovim uslovima mogu se osigurati lica starosti od 14 do 75 godina. Lica mlađa od 14 godina i starija od 75 godina, mogu se osigurati po posebnim uslovima.
- (2) Lica čija je opšta radna sposobnost zbog teže bolesti, težih tjelesnih mana i nedostataka smanjena, osiguravaju se ako je plaćena dodatna premija za povećani rizik.
- (3) Lica kojima je u cjelosti ili djelimično oduzeta radna sposobnost, isključena su iz osiguranja, osim ako nije drugačije ugovorom određeno.

Pojam nesrećnog slučaja (nezgode)

Član 5

- (1) Pod nesrećnim slučajem podrazumijeva se iznenadni, nepredviđeni i od volje osiguranika nezavisan događaj, koji djeluje spolja i brzo na tijelo osiguranika i prouzrokuje njegovu smrt, trajni invaliditet, privremenu nesposobnost za rad koja zahtjeva ljekarsku pomoć i/ili nastanak troškova liječenja.
- (2) Nesrećni slučaj u smislu prethodnog stava predstavljaju naročito:
 1. gaženje,
 2. sudar,
 3. udar sa predmetom, ili udar o predmet,
 4. udar električne struje ili groma,
 5. pad, klizanje, strmoglavljenje,
 6. ranjavanje sa oružjem, drugim predmetima ili ranjavanje eksplozivnim materijama,
 7. ubod kakvim predmetom,
 8. udarac ili ujed životinje,
 9. trovanje hemijskim sredstvima osim profesionalnih bolesti,
 10. trovanje zbog udisanja gasova ili otrovnih isparenja, osim profesionalnih bolesti;
 11. infekcija rane, koja je prouzrokovana nesrećnim slučajem;
 12. opekotine sa vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, kisjelinama, bazama i slično;

13. davljenje i utapanje;
 14. gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja (sa zemljom, pijeskom i slično), kao i zbog udisanja pare i gasova- osim profesionalnih bolesti;
 15. djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako je osiguranik bio izložen neposredno usljed jednog prije toga nastalog nesrećnog slučaja ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen usljed spašavanja ljudskog života.
- (3) Pod nesrećnim slučajem (nezgodom) u smislu ovih uslova ne smatraju se:
 1. sve zarazne, profesionalne bolesti i ostale bolesti kao i bolesti, koje se prenose sa ugrizom ili ujedom životinja (meningitis koji prenosi krpelj, borelijoza, malarija, mišja groznica i slično);
 2. psihičke bolesti ili promjene psihičkog stanja (posttraumatska stresna smetnja, depresivna i anksiozna stanja, organske smetnje ličnosti i slično) bez obzira na uzrok;
 3. stomačne, pupčane, vodene i druge hernije, osim onih, koje nastaju zbog direktne povrede stomaknog zida nakon neposrednog djelovanja spoljne mehaničke sile i pored hernije je klinički utvrđena i povreda mekih dijelova stomaknog zida u tom području neposredno nakon povrede u zdravstvenoj ustanovi;
 4. komplikacije koje nastaju zbog odstranjivanja kože i njenih izraslina, urastanja noktiju, rezanja žuljeva i bradavica, njege noktiju i zanoktica i drugih izraslina tvrde kože;
 5. anafilaktički šok, osim ako je nastao pri liječenju zbog nastalog nesrećnog slučaja;
 6. međupršljenske hernije (hernie disci intervertebralis), bez obzira na uzrok, sve vrste lumbaga, diskopatija, sakralgija, miofascitisa, kokcigidinija, ishialgija, fibrozitisa i sve promjene bubrežničkmenog predjela, koje su označene sa analognim terminima iako se njihovi simptomi pojave nakon povrede bez obzira na uzrok nastanka;
 7. ponovljena habitualna kompletna ili djelimična iščašćenja na istom zglobu;

8. posljedice ponavljajućih pokreta i prekomjernih tjelesnih napora;
9. povrede djelova ili cijelih mišića prilikom željenih pokreta ili napora (bez djelovanja spoljnih uticaja);
10. kidanje degenerativno izmijenjenih mišića, tetiva, tkiva, hrstavnice i meniskusa i pršljena i njihove posljedice;
11. istupanje mrežnjače (ablatio retinae), osim onog, koje nastupi nakon direktne povrede zdravog oka i koja je utvrđena u bolnici neposredno nakon nezgode te bolesnik nema bolesti koje mogu uslovljavati nastanak istupanja (šećerna bolest, visok krvni pritisak);
12. posljedice, koje nastanu kod osiguranika usljed delirium tremensa, djelovanja droge i posljedice koje nastaju usljed djelovanja alkohola ili drugih psihotropnih supstanci;
13. posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se izvrše zbog liječenja ili sprječavanja bolesti osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane greške medicinskog osoblja (vidium artis);
14. patološke promjene na kostima, hrskavici, mišićima, tkivima, zubima ili drugim djelovima tijela, patološke epifiziološke ili lomovi u području patološko promijenjene kosti i stres frakture;
15. sistemske neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti;
16. povrede koje nastaju kao posljedica događaja bolesti (endokrine, neurološke, psihijatrijske, kardiovaskularne i sl.), koje neposredno prethodne događaju štete;
17. trovanje sa hranom;
18. ubod insekata;
19. zaraza sa virusom HIV;
20. dekompresijska bolest i visinska bolest.

II. OSIGURANJE ZA SLUČAJ SMRTI ZBOG NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE)

Obaveze osiguravajućeg društva u slučaju nastanka osiguranog slučaja

Član 6

- (1) Ugovorom o osiguranju osiguravajuće društvo se obavezuje da će isplatiti osiguranu sumu za slučaj smrti zbog nezgode ako osigurano lice umre za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju

zbog posljedica nezgode, koja se dogodila za vrijeme trajanja osiguranja.

- (2) Ako nezgoda ima za posljedicu smrt osiguranika osiguravajuće društvo će isplatiti korisniku osiguranja osiguranu sumu ili njen dio koji je ugovoren za takve slučajeve bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za privremenu nesposobnost za rad i nadoknađene troškove liječenja.

III. OSIGURANJE ZA SLUČAJ INVALIDITETA

Obaveze osiguravajućeg društva u slučaju nastanka osiguranog slučaja

Član 7

- (1) Ugovorom o osiguranju osiguravajuće društvo se obavezuje da će isplatiti osiguranu sumu za invaliditet ako zbog nezgode koja se dogodila za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju nastupi kod osiguranika potpuni invaliditet odnosno procenat od osigurane sume za invaliditet koji odgovara procentu djelimičnog invaliditeta ako je osiguranik zbog nezgode postao djelimični invalid.
- (2) Konačni stepen invaliditeta određuje se isključivo po tabeli za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti zbog nezgode (u daljem tekstu: tabela invaliditeta). Osiguranikove individualne sposobnosti, socijalni položaj ili radno područje (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir kod određivanja stepena invaliditeta. Stepen invaliditeta osiguravajuće društvo određuje na osnovu podnijete medicinske dokumentacije i izvršenog ljekarskog pregleda osim ako osiguravajuće društvo ne odredi drugačije.
- (3) Prilikom gubitka više udova ili organa usljed jedne nezgode stepen invaliditeta određuje se tako što se za najveću posljedicu po tabeli invalidnosti uzima puni procenat za gubitak uda /organa a od sljedećeg najvećeg procenta predviđenog tabelom invaliditeta se uzima 1/2, zatim 1/4 itd.
- (4) Ako zbir procenata invaliditeta za gubitak ili povredu više udova ili organa zbog jedne nezgode po tabeli invaliditeta iznosi više od 100%, osiguravajuće društvo nije obavezno isplatiti više od osigurane sume za potpuni invaliditet.

- (5) Za više povreda na istom udu ili organu osiguravajuće društvo je dužno isplatiti najviše onaj procenat invaliditeta koji je po tabeli određen za potpuni gubitak uda ili organa.
- (6) Ako je plaćena odgovarajuća viša premija za ugovoreni progresivni invaliditet i nezgoda po tabeli invaliditeta ima za posljedicu više od 50% trajnog gubitka opšte radne sposobnosti, osiguravajuće društvo dužno je isplatiti pored 50% od ugovorene osigurane sume za invaliditet još za svaki procenat ocijenjenog invaliditeta preko 50% po 3% osigurane sume za trajni invaliditet. Kod 100% invaliditeta osiguravajuće društvo isplaćuje duplu osiguranu sumu za trajni invaliditet. Procenat invaliditeta koji je osnov za isplatu je razlika između novog i eventualnog prethodnog invaliditeta.

Isplata naknade **Član 8**

- (1) Stepen invaliditeta se određuje nakon završenog liječenja, kada se ustale posljedice povreda, tj. kada po ljekarskoj procjeni nije moguće očekivati, da se stanje spontano poboljša ili pogorša. Ako to stanje ne nastupi ni nakon tri godine od dana nezgode, kao konačno se uzima stanje nakon isteka tog roka i po njemu se određuje stepen invaliditeta.
- (2) Sve dok nije moguće utvrditi stepen osiguranikovog invaliditeta, osiguravajuće društvo isplaćuje samo dio koji nesporno odgovara stepenu invaliditeta, za koji može na osnovu ljekarske dokumentacije ljekar cenzor već tada utvrditi da će ostati trajno (akontacija). Iznos isplate (akontacije) ne smije prelaziti visinu sume za smrt usljed nezgode.
- (3) Ako osiguranik umre zbog posljedica iste nezgode prije isteka godinu dana od dana nezgode i stepen invaliditeta je već bio utvrđen, osiguravajuće društvo isplaćuje osiguranu sumu za smrt odnosno razliku između osigurane sume za smrt i iznosa koji je bio prije toga isplaćen za invaliditet ako takva razlika postoji.
- (4) Ako nije bio određen stepen invaliditeta, a osiguranik zbog iste nezgode umre, osiguravajuće društvo isplaćuje osiguranu sumu za smrt odnosno razliku između te sume i eventualno već prije isplaćene akontacije za

invaliditet, ali samo ako je osiguranik umro najkasnije u roku od tri godine od dana nezgode.

- (5) Ako osiguranik umre u roku od tri godine nakon nezgode zbog bilo kojeg drugog razloga, osim navedenog u prethodnom stavu ovog člana, a stepen invaliditeta još nije bio utvrđen, ljekar cenzor određuje konačan stepen invaliditeta na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.
- (6) Ako nezgoda ima za posljedicu osiguranikov invaliditet, osiguravajuće društvo isplaćuje osiguraniku odnosno korisniku osiguranja osiguranu sumu ili njen dio koji je ugovoren za takve slučajeve bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za privremenu nesposobnost za rad i nadoknađene troškove liječenja.
- (7) Ako je opšta radna sposobnost osiguranika bila umanjena prije nezgode, obaveze osiguravajućeg društva se određuju prema novom invaliditetu nezavisno od prethodnog, osim u slučaju kada osiguranik izgubi ili ošteti već prije oštećeni ud, organ, zglob ili drugi dio tijela. U takvom slučaju osiguravajuće društvo isplaćuje samo razliku između prethodnog stepena invaliditeta i novog stepena invaliditeta koji je predviđen po tabeli invaliditeta.

IV. OSIGURANJE ZA SLUČAJ SMRTI ZBOG BOLESTI

Obaveze osiguravajućeg društva u slučaju nastanka osiguranog slučaja **Član 9**

- (1) Ugovorom o osiguranju osiguravajuće društvo se obavezuje da će korisniku osiguranja isplatiti osiguranu sumu za slučaj smrti zbog bolesti ako osigurano lice umre za vrijeme trajanja osiguranja zbog posljedica bolesti.
- (2) Ako osiguranik umre zbog bolesti u prvih šest mjeseci trajanja osiguranja osiguravajuće društvo isplaćuje 30% od ugovorene osigurane sume za slučaj smrti zbog bolesti. Ovo ograničenje ne važi:
 1. Ako je uzrok smrti trudnoća ili porođaj osiguranika;
 2. Ako je osiguranje produženo sa novom polisom i već je isteklo šest mjeseci od kada je lice kod osiguravajućeg društva Sava

osiguranja AD neprekidno osigurano za slučaj smrti zbog bolesti.

V. OSIGURANJE ZA SLUČAJ NASTANKA TROŠKOVA POGREBNINE

Obaveze osiguravajućeg društva u slučaju nastanka osiguranog slučaja

Član 10

- (1) Ugovorom o osiguranju osiguravajuće društvo se obavezuje da će korisniku osiguranja isplatiti troškove pogrebne do visine podnijetih računa ali ne više od osigurane sume, ako osigurano lice umre za vrijeme trajanja osiguranja.
- (2) Ako osiguranik umre zbog bolesti u prvih šest mjeseci trajanja osiguranja osiguravajuće društvo će isplatiti 30% od ugovorene osigurane sume za slučaj nastanka troškova pogrebne. Ovo ograničenje pak ne važi:
 1. Ako je uzrok smrti trudnoća ili porođaj osiguranika;
 2. Ako je bilo osiguranje produženo sa novom polisom i već je isteklo šest mjeseci od kada je lice kod osiguravajućeg društva Sava osiguranja AD neprekidno osigurano za slučaj smrti zbog bolesti.

VI. OSIGURANJE ZA SLUČAJ PRIVREMENE NESPOSORNOSTI ZA RAD

Obaveze osiguravajućeg društva u slučaju nastanka osiguranog slučaja

Član 11

- (1) Ugovorom o osiguranju osiguravajuće društvo se obavezuje da će korisniku osiguranja isplatiti dnevnu naknadu ako je osiguranik zbog nezgode koja se dogodila za vrijeme trajanja osiguranja privremeno nesposoban za rad odnosno obavljanje svojih redovnih radnih zadataka i zbog toga odsustvuje sa posla, škole i sl. Dnevna naknada se isplaćuje za najviše 200 dana privremene nesposobnosti za rad u punom radnom vremenu po jednoj nezgodi.
- (2) U slučaju prisutnosti na radu uprkos imobilizaciji (gips, longeta, naprsnik i flaster) ili zbrinjavanju povrede sa šivenjem ili previjanjem, dnevna naknada se može priznati

i za to vrijeme pri čemu osiguravajuće društvo određuje broj dana na osnovu medicinske dokumentacije.

- (3) Ako nezgoda ima za posljedicu osiguranikovu privremenu nesposobnost za rad i po ugovoru o osiguranju je ugovorena isplata dnevne naknade, osiguravajuće društvo će isplatiti osiguraniku tu naknadu u ugovorenom iznosu, počevši od dana koji je određen u polisi (ugovorena karenca). Ako taj dan nije određen, od prvog dana koji slijedi danu, kada je započeto liječenje kod ljekara ili u zdravstvenoj ustanovi do posljednjeg dana trajanja privremene nesposobnosti za rad zbog nezgode odnosno do smrti ili do utvrđivanja invaliditeta.
- (4) Dnevnu naknadu osiguravajuće društvo priznaje odnosno određuje na osnovu ljekarske dokumentacije:
 1. osiguravajuće društvo zadržava pravo da iz raspoložive ljekarske dokumentacije u zavisnosti od vrste povrede prema svojoj stručnoj procjeni odredi broj dana privremene nesposobnosti za rad;
 2. dnevna naknada se ne priznaje za vrijeme čekanja na fizikalnu terapiju, pojedina ispitivanja, operacije ili prijema u bolnicu;
 3. dnevna naknada se ne priznaje za vrijeme čekanja na pregled kod invalidske komisije i vrijeme čekanja na odgovarajuće radno mjesto nakon povrede;
 4. ako je privremena radna nesposobnost produžena zbog bilo kojih drugih ljekarskih razloga osiguravajuće društvo je dužno isplatiti dnevnu naknadu samo za vrijeme privremene nesposobnosti za rad koja je isključivo posljedica nezgode;
 5. kod oboljenja koja utiču na vrijeme liječenja povrede osiguravajuće društvo određuje odbitak dnevne naknade od 1/3 do 1/2 kod pojedinog odštetnog zahtjeva;
 6. dnevna naknada za aktivnu fizikalnu terapiju nakon nezgode priznaje se najviše do 21 dana po jednoj nezgodi;
 7. za vrijeme liječenja Sudeckovog oboljenja nakon povrede može se priznati najviše do 4 nedjelje dnevne naknade;
 8. dnevna naknada za liječenje istezanja, iščašenja, udara i drugih sličnih dijagnoza uzkičmenih mišića i svih povreda vratnog, grudnog i bubrežnog dijela kičme osim

povreda kostnog dijela iznosi najviše 21 dan uključujući eventualnu fizikalnu terapiju;

9. kada se osiguranik istovremeno liječi zbog dvije ili više povreda i vrijeme liječenja se preklapa, osiguravajuće društvo priznaje za svaki dan zajedničkog liječenja ugovorenu dnevnu naknadu.
- (5) Prilikom ponovljene povrede na istim djelovima tijela kod svake sljedeće povrede oduzma se 1/3 od priznate naknade.

VII. OSIGURANJE ZA SLUČAJ NASTANKA TROŠKOVA LIJEČENJA

Obaveze osiguravajućeg društva Član 12

- (1) Ugovorom o osiguranju se osiguravajuće društvo obavezuje da će korisniku osiguranja nadoknaditi troškove liječenja ako je osiguranom licu zbog nezgode neophodna ljekarska pomoć i zbog toga je imao troškove liječenja, koji ne idu na teret zdravstvenog osiguranja.
- (2) Ako nezgoda ima za posljedicu oštećenje osiguranikovog zdravlja koje zahtjeva ljekarsku pomoć i po ugovoru o osiguranju je ugovoreno i nadoknađivanje troškova liječenja, osiguravajuće društvo nadoknađuje korisniku osiguranja po podnijetim dokazima samo one troškove liječenja koji nastaju u vezi sa nezgodom i po ocjeni ljekara su neophodni za liječenje povrede ali najviše do iznosa koji je naveden u polisi. Troškove liječenja koji nastanu u zdravstvenim ustanovama koje su u privatnom vlasništvu osiguravaće društvo neće pokrivati.
- (3) Osiguravajuće društvo je dužno nadoknaditi samo one troškove liječenja, koje mora platiti sam osiguranik što dokazuje sa originalnim računima.
- (4) U troškove liječenja se ubrajaju i troškovi za vještačke udove i zamjenu stalnih zdravih zuba i troškovi za kupovinu drugih pomagala ako je to neophodno po procjeni ljekara. Troškovi prevoza ne ubrajaju se u troškove liječenja.
- (5) Osiguravajuće društvo nadoknađuje samo one troškove liječenja koji nastaju u prvoj godini nakon nezgode.

VIII. OPŠTE I ZAJEDNIČKE ODREDBE

Ograničenje obaveza osiguravajućeg društva Član 13

- (1) Osiguravajuće društvo isplaćuje 33% od iznosa koji bi morao platiti ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća viša premija, a nezgoda nastane:
1. pri upravljanju i vožnji sa avionima vazdušnim letjelicama svih vrsta osim za putnike u javnom saobraćaju;
 2. prilikom sportskih skokova sa padobranom;
 3. prilikom trka sa motornim vozilima bez obzira na kategoriju vozila i prilikom priprema i treninga za njih;
 4. prilikom obavljanja posebno opasnih poslova: demontiranje mina, granata i drugih eksplozivnih sredstava, kaskaderstvo i nastup u posebno opasnim filmskim ulogama, izvođenje profesionalnih i vrhunskih sportskih aktivnosti, profesionalno ronjenje.
- (2) Osiguravajuće društvo isplaćuje 66% od iznosa koji bi moralo platiti ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća veća premija, a nastane nezgoda na treningu i učešću na javnim sportskim takmičenjima u sljedećim sportskim disciplinama: akrobatski rokenrol, biciklizam, fudbal, rukomet, hokej na ledu i travi, jiujicu, judo, karate, boks, rvanje i ostale borilačke vještine, skijanje, sankanje, u bobu, i sa takmičarskim sankama, ragbi, bejzbol, smučarski skokovi, alpinizam, sportsko penjanje, jahanje, speleologija, skokovi u vodu, ronjenje i podvodni ribolov, jedrenje, veslanje, skijanje i surfovanje na snijegu i vodi, rafting u kojima učestvuje osiguranik kao registrovan član sportske organizacije.
- (3) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća veća premija osiguravajuće društvo isplaćuje 50% od iznosa koje bi moralo platiti ako nezgoda nastaje kod osoba koje predstavljaju neuobičajan rizik zbog toga što su prebolovala neku težu bolest ili su prilikom zaključivanja ugovora o osiguranju teže bolesne ili imaju urođene teže tjelesne mane ili nedostatke.
- (4) Za neuobičajan rizik iz prethodnog stava se smatraju lica koja imaju mane, nedostatke ili bolesti zbog kojih je njihova opšta radna

sposobnost umanjena za više od 50% po ovim uslovima.

- (5) Osiguravajuće društvo isplaćuje 80% naknade ako osigurani slučaj nastane u saobraćajnoj nezgodi u kojoj je osiguranik učestvovao kao saputnik u vozilu u kojem je vozač vozio pod uticajem alkohola, opojne droge ili drugih psihoaktivnih supstanci. Smatra se da je vozač vozio vozilo pod uticajem alkohola, droge ili drugih psihoaktivnih supstanci, po odredbama člana 14, stav 1, tačka 12 ovih uslova.
- (6) 80% naknade isplaćuje osiguravajuće društvo i u slučaju kada osiguranik prilikom saobraćajne nesreće nije koristio zaštitne kacige ili nije bio zavezan sigurnosnim pojasom.
- (7) U slučaju povrede ahilove tetive osiguravajuće društvo isplaćuje 30% naknade.
- (8) Ako su na oštećenje zdravlja i dužinu liječenja prouzrokovanog sa nezgodom uticala i oboljenja, degenerativne promjene odnosno stanja ili mane, obaveze osiguravajućeg društva se po procjeni osiguravajućeg društva smanjuju u procentu koji odgovara učešću uticaja oboljenja degenerativne promjene odnosno stanja ili mane.
- (9) Ukoliko postoji medicinska dokumentacija o prethodnim povredama, patološkim promjenama i invaliditetu koji su postojali već prije nastanka osiguranog slučaja, osiguravajuće društvo određuje njihov uticaj na povredu odnosno tok liječenja i trajne posljedice.
- (10) Ako osiguranik kod sklapanja ugovora o osiguranju lica od posljedica nesrećnog slučaja prećuti prethodne povrede, bolesti ili oštećenja koji mogu uticati na ocjenu invaliditeta i privremenu nesposobnost za rad uprkos tome što je bio pitan isti se smanjuje po procjeni osiguravajućeg društva uzimajući u obzir smanjene opšte radne sposobnosti osiguranika prije nezgode.
- (11) Ako osiguranik u toku liječenja ne postupa po uputstvima ljekara osiguravajuće društvo isključuje povećani invaliditet ili produženi status koji je nastao kao posljedica ne uvažavanja uputstava ljekara.

Isključenje obaveza osiguravajućeg društva

Član 14

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravajućeg društva za nezgode, koje nastaju:
 1. usljed rata, drugih neprijateljskih akcija, pobuna i sl.;
 2. usljed dejstva terorizma; dejstvo terorizma definiše se kao upotreba sile, nasilja i prijetnje od bilo kojih lica ili grupe lica, bez razlike da li djeluju sami ili u ime bilo koje organizacije ili vlade posvećene političkim, religioznim, ideološkim ili sličnim ciljevima sa namjerom da se utiče na bilo koju vladu ili da se zaplaši javnost ili dio javnosti.
 3. usljed aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik učestvovao u njima u vršenju svojih poslova i radnih zadataka, ili na poziv ovlašćenih organa;
 4. usljed zemljotresa;
 5. 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 vozila i drugog vozila. Odredbe tačke 4. ovog stava neće se primjenjivati u slučaju kada neposjedovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastajanje nesrećnog slučaja i obaveze osiguravača. U smislu ovih Uslova smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu, kada u cilju pripremanja i polaganja isplata za dobijanje službene isprave preduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlašćenog instruktora.
 6. zbog smetnje svijesti (vrtoglavica, nesvjestica, slabost i slično), epileptičkog napada, udara, infarkta, bolesnog stanja osiguranika;
 7. pod uticajem stanja bolesti ili psihičkih stanja nastalih iznenada ili u toku poznatog oboljenja;
 8. usljed pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga;
 9. usljed namjernog prouzrokovanja nesrećnog događaja od strane ugovarača osiguranja, osiguranika ili lica sa pravom na naknadu. Ako postoji više lica sa pravom na naknadu, osiguravajuće društvo nema nikakvu obavezu samo prema onom licu koje je namjerno prouzrokovalo nezgodu;

10. pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljenog krivičnog djela, kao i pri bježanju nakon izvršenja takve radnje;
 11. prilikom tuče ili u fizičkom obračunu koje osiguranik sam izazove, osim u slučaju službeno dokazane samoodbrane. Kao izazivanje na tuču ili fizički obračun smatra se i verbalno izazivanje;
 12. usljed djelovanja alkohola, narkotika odnosno drugih psihoaktivnih materija na osiguranika prilikom nezgode. Smatra se, da je nezgoda nastala zbog djelovanja alkohola na osiguranika, odnosno da je osiguranik pod dejstvom alkohola u sljedećim slučajevima:
 - a. ako zbog konzumiranja alkoholnih napitaka ima više od 10,855 milimola alkohola u litru krvi, odnosno ako u krvi ima više od 0,5 promila alkohola,
 - b. ako bez obzira na količinu alkohola u krvi pokazuje znake alkoholisanog stanja,
 - c. ako je alko-test pozitivan, a osiguranik se ne pobrine da se analizom krvi tačno odredi stepen njegove alkoholisanosti, osim ako uzimanje krvi ne ugrožava njegovo zdravlje (npr. hemofiličari),
 - d. ako po nastanku osiguranog slučaja izbjegne ili odbije da se podvrgne ispitivanju njegove alkoholisanosti, odnosno konzumira alkohol da bi onemogućio utvrđivanje pravog stepena alkoholisanosti u momentu nastanka osiguranog slučaja.
- (2) Smatra se da je osiguranik pod uticajem droga, psihoaktivnih lijekova ili drugih psihoaktivnih materija:
- a. ako se stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znake neuobičajnog ponašanja, zbog uzimanja droga, psihoaktivnih lijekova ili drugih psihoaktivnih materija;
 - b. ako po nastanku nesrećnog slučaja izbjegne ili odbije da se podvrgne ispitivanju za utvrđivanje prisustva droga, psihoaktivnih lijekova ili drugih psihoaktivnih materija, odnosno uzima pomenute supstance da bi onemogućio utvrđivanje njihovog prisustva u organizmu u momentu nastanka osiguranog slučaja.
- (3) Ugovor o osiguranju je ništav, ako je u času njegovog zaključivanja već nastao osiguranik slučaj ili je taj bio u nastupanju ili je bilo izvjesno da će nastupiti ili ako je već tada bila prestala mogućnost da on ostane, a ugovaraču su te okolnosti bile poznate ili mu nijesi mogle ostati nepoznate.
- U tom slučaju uplaćena premija, umanjena za troškove osiguravača, vraća se ugovaraču.
- (4) U slučaju kada osiguranik ili korisnik osiguranja u prijavi navede lažne podatke o nezgodi, o odvijanju liječenja, podatke o zdravstvenom stanju, koji bi onemogućili osiguravajućem društvu objektivnu ocjenu u donošenju odluka o isplati premije, isključene su sve obaveze osiguravajućeg društva prema osiguraniku odnosno korisniku osiguranja.

Zaključivanje ugovora o osiguranju

Član 15

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pismene ponude, koja sadrži sve bitne elemente ugovora o osiguranju lica od posljedica nesrećnog slučaja (nezgode) ili sa potpisivanjem polise osiguranja ili sa potpisivanjem potvrde o pokriću.
- (2) Pismena ponuda osiguravajućem društvu za zaključivanje ugovora o osiguranju veže ponuđača, ako nije odredio kraći rok, osam dana od dana kada je stigla u osiguravajuće društvo; odnosno 30 dana ako je neophodan ljekarski pregled.
- (3) Ako osiguravajuće društvo u tom roku ne odbije ponudu, koja ne odstupa od uslova, po kojima sklapa predloženo osiguranje, smatra se, da je prihvatilo ponudu i da je ugovor zaključen. U tom slučaju se ugovor smatra zaključenim, kada je ponuda dostavljena osiguravajućem društvu.
- (4) Ako ugovarač osiguranja i osiguranik nijesu ista lica, za važenje ugovora je neophodna pismena saglasnost osiguranika sa navođenjem osiguranih suma.

Trajanje osiguranja

Član 16

- (1) Osiguranje počinje po isteku 24-tog časa onoga dana, koji je označen u polisi kao dan početka

osiguranja. Tada počinje i pokriće osiguravajućeg društva ako je ugovarač osiguranja do tada platio ukupnu premiju ili prvu ratu premije (ukoliko je ugovoreno plaćanje na rate) ili ako je potpisao izjavu, da će se premija odbijati od njegovih primanja i odmah prenositi na žiro račun osiguravajućeg društva ili ako je do tada predao banci ovlašćenje za direktno terećenje za plaćanje premije sa bankarskog računa.

- (2) Ako iznos cjelokupne prve rate nije plaćen do početka osiguranja i nije potpisana izjava o odbijanju, a banci nije dato ovlašćenje za direktno plaćanje premije, pokriće osiguravajućeg društva počinje po isteku 24 - tog časa onoga dana, kada je u cjelosti plaćena prva rata premije.
- (3) Osiguranje prestaje istekom 24-tog časa onoga dana, koji je u polisi naveden kao dan završetka osiguranja.
- (4) Osiguranje za svakog pojedinog osiguranika prestaje 24-tog časa onoga dana, kada:
 1. osiguranik umre ili se kod njega utvrdi 100 % invaliditet (takođe i kao zajednički zbir procenata djelimičnih invaliditeta);
 2. osiguranik postaje poslovno nesposoban;
 3. istekne godina osiguranja, u kojoj je osiguranik napunio 75 godina starosti;
 4. istekne rok iz člana 25 ovih uslova;
 5. je ugovor raskinut;
- (5) Ako trajanje osiguranja nije u ugovoru ugovoreno svaka stranka smije raskinuti ugovor sa danom dospijeca premije pod uslovom da o tome pismeno obavijestiti drugu stranku najmanje tri mjeseca prije dospijeca premije.
- (6) Ako je osiguranje zaključeno na više od tri godine, nakon isteka tog roka svaka strana može sa otkaznim rokom od 6 mjeseci raskinuti ugovor s tim da o tome pismeno izvijesti drugu stranu.

Privremeno pokriće osiguranja

Član 17

- (1) Ako je u ugovoru o osiguranju ugovoreno privremeno pokriće osiguranja osiguravajuće društvo za vrijeme pokrića osiguranja isplaćuje naknadu samo za smrt od nezgode i invaliditet.

- (2) Početak privremenog pokrića osiguranja počinje 24:00 časa onog dana kada je plaćena odgovarajuća premija.
- (3) Privremeno pokriće osiguranja prestaje da važi 24:00 časa onog dana koji je označen kao dan prestanka privremenog pokrića.
- (4) Privremeno pokriće osiguranja važi pod uslovom da je osiguranik u momentu predaje ponude bio sposoban za svoj redovni rad, da se nije liječio ili bio pod ljekarskom kontrolom.
- (5) U slučaju da osiguravajuće društvo ne prihvati ponudu, ugovarač je dužan platiti premiju za privremeno pokriće osiguranja, a osiguravajuće društvo izdati polisu od dana izdavanja privremenog pokrića do prvog dana sljedećeg mjeseca.

Obaveze osiguravača i posljedice neispunjenja

Član 18

- (1) Ugovarač osiguranja je prilikom zaključivanja dužan prijaviti osiguravajućem društvu sve okolnosti koje su od značaja za procjenu opasnosti i koje su mu poznate ili mu nijesu mogle ostati nepoznate. Ako je ugovarač osiguranja namjerno netačno prijavio ili namjerno prećutao neku okolnost takve prirode da osiguravajuće društvo ne bi zaključilo ugovor ako bi znalo za istinito stanje stvari, osiguravajuće društvo može zahtijevati raskid ugovora ili odbiti isplatu naknade. Ako je ugovor raskinut osiguravajuće društvo zadržava već plaćene premije i ima pravo zahtijevati plaćanje premije za period osiguranja do raskida ugovora o osiguranju.
- (2) Ako je ugovarač osiguranja nešto neistinito ili nepotpuno prijavio ili propustio obavještenje a to nije uradio namjerno, može osiguravajuće društvo po svom izboru u roku od 1 mjeseca od dana kada je saznalo za neistinitost ili nepotpunost prijave raskinuti ugovor ili predložiti povećanje premije s obzirom na uvećanu opasnost. Ukoliko nastupi slučaj iz alineje 1 ovog stava i osiguravajuće društvo traži raskid ugovora o osiguranju, ugovor se smatra raskinutim nakon isteka 14 dana od dana prijema obavještenja o raskidu ugovora o osiguranju. Ukoliko osiguravajuće društvo predloži povećanje premije, a ugovarač osiguranja ne pristane na novu povećanu premiju u roku od

14 dana od dana prijema predloga nove premije, ugovor o osiguranju prestaje po sili zakona.

Ako se ugovor raskine osiguravajuće društvo mora vratiti dio premije koji se odnosi na period od dana raskida ugovora o osiguranju do dana koji je u ugovoru o osiguranju bio naznačen kao dan završetka ugovora.

- (3) Ako je osigurani slučaj nastao prije nego što je utvrđena neistinitost ili nepotpunost prijave ili kasnije, ali prije raskida ugovora odnosno prije postizanja sporazuma o povećanju premije, naknada se smanjuje u srazmjeri između iznosa dijela premije koji je trebao biti plaćen zbog povećane opasnosti i iznosa ukupne premije koja bi morala biti plaćena.

Izmjena opasnosti za vrijeme trajanja osiguranja

Član 19

Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik je dužan prijaviti osiguravajućem društvu promjenu svoje djelatnosti i poslova.

- (1) Ako se zbog te promjene povećala opasnost, osiguravajuće društvo ima pravo zaračunati dodatnu premiju, a ako se opasnost smanjila, osiguravajuće društvo mora predložiti smanjenje premije ili povećanje osigurane sume. Na taj način izmijenjene osigurane sume i premija važe od dana izmjene radnih zadataka, ako su iste odmah nakon promjene javljene osiguravajućem društvu.
- (2) Ako osiguravač ne prijavi promjenu radnih zadataka, ili ne pristaje na povećanje odnosno smanjenje premije, u roku od 14 dana se u slučaju nastanka osiguranog slučaja osigurane sume povećavaju ili smanjuju u srazmjeri između dijela premije koji je trebao biti naknadno zaračunat i ukupne premije koja bi morala biti plaćena.

Dogovor o premiji, sumi osiguranja i plaćanju premije

Član 20

- (1) Iznos osigurane sume koju mora platiti osiguravajuće društvo ako nastane osigurani slučaj određuje se sporazumno između ugovornih stranaka u ponudi/polisi.

- (2) Premiju osiguranja dužan je plaćati ugovarač osiguranja, ali je osiguravajuće društvo obavezno prihvatiti premiju od svakog lica koje ima za to plaćanje pravni interes.
- (3) Premija se plaća osiguravajućem društvu ili njenom ovlaštenom predstavniku, uplaćuje na pošti, banci ili na drugi način. Ako je premija plaćena na pošti ili banci smatra se da je izmirena kada banka primi novčanu doznaku.
- (4) Prvu ili jednokratnu premiju mora osiguravač platiti prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, a sljedeće premije prvi dan svake godine osiguranja.
- (5) Premija za godinu osiguranja plaća se u cjelosti unaprijed osim ako je dogovoreno plaćanje godišnje premije u ratama.
- (6) Ako je dogovoreno plaćanje premije u ratama, prilikom nastanka osiguranog slučaja dospijevaju za plaćanja sve dospjele neplaćene rate.
- (7) Ako je dogovoreno plaćanje premije u ratama osiguravajućem društvu pripada premija do kraja tekuće godine osiguranja ako je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka zbog isplate osigurane sume za smrt ili potpunog invaliditeta.
- (8) U ostalim slučajevima prestanka važenja ugovora o osiguranju prije ugovorenog roka osiguravajućem društvu pripada premija samo do kraja dana do kojeg je trajalo pokriće.
- (9) Ako je dogovoreno plaćanje premije u ratama ili za unazad, mogu se obračunati redovne kamate na iznos premije za koju je dogovoreno odloženo plaćanje. Ako premija u ratama nije plaćena do dana dospijeća može se obračunati zatezna kamata.
- (10) Osigurana suma i premija mogu se definisati u eurima ili u nekoj drugoj valuti. Ako su osigurana suma i premija u stranoj valuti, premija se plaća u službenoj valuti Crne Gore, koja je preračunata po srednjem kursu koji je važio osmi dan prije dospijeća plaćanja premije.
- (11) Ugovarač osiguranja je u slučaju kašnjenja sa plaćanjem premije osiguranja dužan osiguravajućem društvu izmiriti troškove opomena pri čemu troškovi pojedine opomene ne smiju prelaziti sumu stvarnih troškova izrade i slanja opomene.

Posljedice neplaćanja premije

Član 21

(1) Ako ugovarač osiguranja premiju koja je dospjela ne plati do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje da važi po isteku 30 dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premije, s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dospelosti premije. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje da važi ako premija osiguranja ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

Prijava osiguranog slučaja

Član 22

(1) Osiguranik, koji je usljed nesrećnog slučaja povrijeđen, dužan je:

1. odmah potražiti ljekarsku pomoć i u načinu liječenja postupiti po uputstvima ljekara;
2. osiguravajućem društvu pismeno prijaviti nezgodu čim mu to dozvoljava zdravstveno stanje;
3. u prijavi nezgode osiguravajućem društvu dati sva potrebna obavještenja i podatke, a naročito o mjestu i vremenu i okolnostima nezgode, kada se dogodila nezgoda, potpuni opis osiguranog slučaja, imena eventualnih svjedoka i ljekara koji ga je pregledao ili ga liječi i podatke o prethodnim nezgodama i liječenjima vezanim za njih. Objektivnost posljedica nakon nezgode procjenjuje se na osnovu kompletne medicinske dokumentacije o liječenju.

(2) Ako je osiguranik umro zbog nezgode korisnik osiguranja mora podnijeti polisu i dokaze da je smrt bila posljedica nezgode i dokazati pravo na odštetu.

(3) U slučaju invaliditeta zbog nezgode osiguranik mora dostaviti polisu, dokaze o okolnostima nastanka nezgode i dokaze o posljedicama koje su osnov za određivanje konačnog stepena trajnog invaliditeta.

(4) Ako je uzrok smrti osiguranika bolest, korisnik osiguranja je dužan osiguravati slučaj odmah pismeno prijaviti osiguravajućem društvu i postarati se da dostavi na uvid potrebnu dokumentaciju o neposrednim i prethodnim oboljenjima i povredama.

(5) Ako je osiguranik zbog nezgode privremeno nesposoban za rad, dužan je dostaviti osiguravajućem društvu svu medicinsku dokumentaciju i potvrde o privremenom odsustvovanju sa posla iz kojih se vidi kada je liječenje počelo i od kojeg dana je bio nesposoban za obavljanje svog redovnog posla kao i vrijeme trajanja privremene nesposobnosti za rad. U slučaju kada se radi o dužoj privremenoj nesposobnosti za rad koja odstupa od uobičajenog trajanja liječenja posljedica pojedinih povreda, ljekar cenzor osiguravajućeg društva može zahtijevati od ljekara koji liječi osiguranika dodatne informacije o komplikacijama za vrijeme liječenja.

(6) Ako je osiguranik zbog nezgode morao biti na bolničkom liječenju dužan je podnijeti svu medicinsku dokumentaciju iz koje se vidi kada je počelo i završeno liječenje u bolnici, dijagnoza i tok liječenja.

(7) Za utvrđivanje značajnih okolnosti koje su vezane za prijavljenu nezgodu osiguravajuće društvo ima pravo zahtijevati od osiguranika, ugovarača osiguranja, korisnika osiguranja ili od bilo kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica i naknadna pojašnjenja.

(8) Korisnik osiguranja mora prilikom prijave osiguranog slučaja i u postupku ostvarivanja prava na naknadu podnijeti sljedeće isprave:

1. dokaz o važećem osiguranju od posljedica nesrećnog slučaja;
2. dokaz da je korisnik osiguranja;
3. prijavu nezgode (obrazac osiguravajućeg društva);
4. prvi nalaz zdravstvene ustanove, koji će sadržati verifikaciju povrede osiguranika neposredno nakon nezgode i cjelokupnu kontinuiranu medicinsku dokumentaciju o toku liječenja koji se odnosi na tu povredu;
5. ljekarske nalaze o vrsti i težini povrede, o eventualnim nastalim posljedicama i podatke o tjelesnim oštećenjima, nedostacima i bolestima koje je imao osiguranik prije nastanka nezgode;
6. potvrdu o opravdanom odsustvovanju sa posla;
7. izvod iz matične knjige umrlih u slučaju smrti osiguranika;
8. dokaze o uzroku smrti u slučaju smrti osiguranika;

9. ostale dokaze na zahtjev osiguravajućeg društva.
- (9) Ako osiguranik prilikom prijavljivanja nezgode prećuti prethodne povrede, bolesti ili mane koje mogu uticati na ocjenu invaliditeta i privremene nesposobnosti za rad, naknada se može smanjiti po procjeni osiguravajućeg društva uzimajući u obzir smanjenje opšte sposobnosti osiguranika prije nezgode.

Isplata naknade

Član 23

- (1) Osiguravajuće društvo je dužno platiti naknadu samo ako je nezgoda nastala za vrijeme trajanja osiguranja i ako su posljedice nezgode predviđene u članu 5 ovih uslova medicinski utvrđene i verifikovane u roku od 6 mjeseci nakon nezgode.
- (2) Osiguravajuće društvo isplaćuje ugovorenu naknadu, odnosno njen dio osiguraniku/korisniku osiguranja u roku od 14 dana od dana prijema cjelokupne dokumentacije na osnovu koje se može utvrditi osnovanost osiguranog slučaja i visina obaveze.
- (3) Ako se isplata vrši putem pošte ili banke smatra se da je izvršena 24-tog časa onog dana kada je na pošti, odnosno banci potvrđena uplata.
- (4) Za osigurane slučajeve za koje važi obaveza osiguravajućeg društva po ugovoru o osiguranju osiguravajuće društvo ne nadoknađuje troškove advokata osim u spornim slučajevima kada osiguravajuće društvo djelimično ili u cjelosti uvaži žalbu.

Određivanje korisnika osiguranja

Član 24

- (1) Korisnik osiguranja za slučaj smrti osiguranika (zbog nezgode ili bolesti) naznačava se na polisi.
- (2) Ako nije u polisi ili posebnim uslovima drugačije ugovoreno ili uopšte nije ugovoreno, korisnici osiguranja u slučaju osiguranikove smrti su lica koja su zakonski nasljednici po važećim propisima. U tom slučaju osiguravajuće društvo će isplatiti naknadu iz osiguranja nakon prijema pravosnažne presude o nasleđu ili izjave zakonskih nasljednika.
- (3) Za bračnog druga se smatra lice koje je sa osiguranikom bilo u braku u vremenu kada je

nastupila smrt osiguranika odnosno ukoliko je postojala u skladu sa važećim propisima duže vrijeme životna zajednica.

- (4) Za slučaj invaliditeta i privremene nesposobnosti za rad pravo na naknadu ima sam osiguranik osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (5) U slučaju da korisnik osiguranja nije osiguranik neophodna je osiguranikova pismena izjava da se slaže da korisnik osiguranja bude lice koje je naznačeno u ugovoru o osiguranju/polisi. Izjava mora biti ovjerena kod notara kada se na taj način određuje korisnik osiguranja u slučaju smrti i u slučaju invaliditeta.
- (6) Za slučaj naknade troškova liječenja korisnik osiguranja je uvijek samo osiguranik.
- (7) Za slučaj isplate pogrebne do visine podnijetih računa ali ne više od osigurane sume za pogrebnu korisnik osiguranja je lice koje dokaže da je tu obavezu izmirilo.
- (8) Ako je korisnik osiguranja maloljetno lice, osigurana suma odnosno naknada se isplaćuje njegovim roditeljima odnosno starateljima. Osiguravajuće društvo može tražiti od tih lica da za tu namjenu podnesu mišljenje nadležnog centra za socijalni rad.
- (9) Osiguravajuće društvo je oslobođeno obaveze iz ugovora o osiguranju ako prilikom isplate nije znalo i takođe nije moglo znati da je korisnik osiguranja određen u testamentu ili u kakvom drugom aktu koji mu nije bio dostavljen, a korisnik osiguranja ima pravo da traži povraćaj od lica koji je primio osiguranu sumu. Ovo važi i kod promjene korisnika osiguranja.

Izmjena uslova osiguranja ili

premijskog sistema

Član 25

- (1) Ako osiguravajuće društvo promijeni uslove osiguranja ili premijski sistem dužno je o tome obavijestiti ugovarača osiguranja barem 60 dana prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ugovarač osiguranja ima pravo da u roku od 60 dana nakon prijema obavještenja otkaže ugovor o osiguranju. Ugovor prestaje da važi sa istekom tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako ugovarač osiguranja ne otkaže ugovor, isti se početkom sljedeće godine osiguranja izmijeni u skladu sa novim uslovima osiguranja ili premijskim sistemom.

Vještačenje i žalbeni postupak

Član 26

- (1) Svaka od ugovornih strana može tražiti da određene sporne činjenice utvrde vještaci. Ako se druga strana slaže sa tim, pristupa se vještačenju.
- (2) Svaka ugovorna strana pismeno imenuje svog vještaka. Izabrani vještaci biraju prije početka rada trećeg vještaka kao predsjednika koji ne može biti iz redova lica u radnom odnosu sa osiguravačem i osiguranikom.
- (3) Vještaci predaju osiguravaču i osiguraniku po jedan primjerak svog pismenog nalaza u određenom roku. Ako nalazi vještaka međusobno odstupaju, osiguravač će njihove pismene nalaze odmah predati trećem vještaku, koji svoje stručno mišljenje daje samo u granicama konstatacija dvaju vještaka.
- (4) Konstatacije vještaka su obavezujuće za obje strane.
- (5) Svaka ugovorna strana snosi troškove za vještaka koga bira i polovinu od troškova za trećeg vještaka.
- (6) Protiv ponude za isplatu štete ili odbijanja zahtjeva za odštetu dozvoljena je i pismena žalba komisiji za žalbe osiguravača.
- (7) Osiguravač razmatra i žalbe u kojima se tvrdi da je došlo do kršenja poslovnog morala.

Promjena adrese

Član 27

- (1) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik je dužan obavijestiti osiguravajuće društvo o promjeni svog imena ili adrese odnosno naziva firme ili sjedišta u roku od 15 dana od dana promjene.
- (2) Ako je ugovarač osiguranja ili osiguranik promijenio adresu odnosno sjedište ili svoje ime odnosno naziv, a o tome nije obavijestio osiguravajuće društvo, dovoljno je da osiguravajuće društvo šalje obavještenje ugovaraču osiguranja odnosno osiguraniku na adresu njegovog posljednjeg poznatog prebivališta ili sjedišta ili na posljednje poznato ime odnosno naziv firme.

Korišćenje ličnih podataka

Član 28

- (1) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik svojim potpisom na ponudi potvrđuje da dozvoljava da se njegovi lični podaci prikupljaju, obrađuju, čuvaju i posreduju u vezi sa svim postupcima osiguravajućeg društva uključujući uvid ovlašćenog lica - ljekara cenzora u odgovarajuću medicinsku dokumentaciju. Istovremeno ovlašćuju osiguravajuće društvo da smije pojedine podatke provjeravati kod odgovarajućih ustanova koje raspolažu sa ličnim podacima.
- (2) Ugovarač osiguranja/osiguranik dozvoljava da se lični podaci iz ponude ili pristupne izjave koriste u zbirci podataka koju sastavi, vodi i održava osiguravajuće društvo i sa njim kapitalno povezana i ovlašćena preduzeća za zastupanje i posredovanje u osiguranju.
- (3) Navedeni lični podaci će se koristiti samo za vrijeme trajanja osiguranja i sa namjenom obavještanja ugovarača osiguranja/osiguranika o novinama i ponudama osiguravajućeg društva.
- (4) Ugovarač osiguranja/osiguranik dozvoljava da osiguravajuće društvo za potrebe realizacije ugovora o osiguranju pribavlja i obrađuje podatke o njegovom zdravstvenom stanju odnosno zdravstvenom stanju osiguranog lica.
- (5) Osiguravajuće društvo se obavezuje da će pažljivo čuvati zdravstvene podatke kao i sve ostale lične podatke.

Primjena zakona

Član 29

- (1) Za odnose između ugovarača osiguranja odnosno osiguranika na jednoj i osiguravajućeg društva na drugoj strani koji nijesu uređeni sa ovim uslovima primjenjuju se odredbe važećih propisa koji regulisu ovu oblast.

Nadležnosti u slučaju spora

Član 30

- (1) Sporove između ugovarača osiguranja odnosno osiguranika na jednoj strani i osiguravajućeg društva na drugoj strani rješava sud koji je nadležan prema sjedištu osiguravajućeg društva.