

Na osnovu člana 11.3.2 Statuta Wiener Städtische osiguranja a.d.o. broj 75133 od dana 22.12.2023. godine, Izvršni odbor Wiener Städtische osiguranja a.d.o. Beograd (dalje: Društvo) je na sednici, dana 25.03.2024. godine, doneo:

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

UVODNE ODREDBE

Član 1.

Pojedini izrazi u ovim Uslovima znače:

- **OSIGURAVAČ** – Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd
- **UGOVARAČ OSIGURANJA** – fizičko ili pravno lice koje sa osiguravačem zaključuje Ugovor o osiguranju,
- **OSIGURANIK** – lice koje je osigurano u skladu sa ovim uslovima i ugovorom o osiguranju,
- **KORISNIK** – lice kome osiguravač na osnovu Ugovora o osiguranju isplaćuje osiguranu sumu ili naknadu iz osiguranja.
- **POLISA** – pismena isprava (na obrascu koji utvrđuje osiguravač) o zaključenom Ugovoru o osiguranju,
- **OSIGURANA SUMA** – najveći iznos obaveze osiguravača ugovoren za svaki osigurani slučaj,
- **PREMIJA** – novčani iznos koji je ugovarač osiguranja dužan da plati za ugovoreno osiguranje,
- **LIST POKRIĆA** – pismena isprava koja služi kao privremeni dokaz o zaključenom osiguranju, koja mora da sadrži bitne elemente Ugovora o osiguranju,
- **PORODICA** – supružnik ili vanbračni partner, kao i deca osiguranika (biološka, usvojena, kao i deca uzeta na izdržavanje) do navršenih 18 godina života, a školska deca i studenti do kraja propisanog školovanja, najkasnije do navršenih 26 godina života.

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 koji ugovarač osiguranja zaključuje sa Osiguravačem.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

Osiguranje po ovim uslovima može se ugovoriti za svako lice koje u momentu početka trajanja zaključenog ugovora o osiguranju nije bilo starije od 75 godina života niti mlađe od 14 godina.

Lica starija od 75 godina i mlađa od 14 godina života mogu se osigurati od posledica nesrećnog slučaja samo prema dopunskim uslovima osiguranja i to onim dopunskim uslovima kojima je izričito propisano da i ova lica imaju sposobnost za osiguranje od posledica nesrećnog slučaja.

Duševno bolesna lica i lica potpuno lišena poslovne sposobnosti ne mogu se osiguravati po ovim uslovima, izuzev kada je to Zakonom drugačije određeno. (obavezno osiguranje putnika u javnom prevozu).

ZAKLJUČENJE UGOVORA

Član 3.

Ugovor o osiguranju je zaključen kada ugovorne strane potpišu polisu ili list pokrića.

OSIGURANJE BEZ POLISE

Član 4.

Izuzetno od člana 3. ovih Uslova, ugovor o osiguranju se može zaključiti upotrebom sredstava komunikacije na daljinu (putem mobilne aplikacije, e-mail-a, webshop-a i sl.)

U slučaju zaključenja ugovora na način iz stava 1 ovog člana ugovor se smatra zaključenim kada Ugovarač osiguranja plati premiju osiguranja u roku naznačenom u nacrtu ugovora. Ukoliko Ugovarač osiguranja premiju osiguranja ne plati u definisanom roku, ugovor o osiguranju nije zaključen. Na osnovu izvršene uplate premije osiguranja u roku naznačenom na uplatnici ili fakturi Osiguravač dostavlja Ugovaraču osiguranja Potvrdu o osiguranju koja sadrži sve bitne elemente ugovora o osiguranju.

Ukoliko se ugovor o osiguranju zaključuje prema stavu 1. ovog člana, odnosno upotrebom sredstava komunikacije na daljinu, Ugovarač osiguranja ima pravo na odustanak od ugovora o osiguranju zaključenog upotrebom sredstava komunikacije na daljinu, u roku od 14 (četrnaest) dana od dana zaključenja ugovora bez navođenja razloga za odustanak.

Izuzetno od odredbe stava 3. ovog člana odustanak od ugovora o osiguranju nije moguć u slučaju:

1. zaključenja kratkoročnog ugovora u trajanju do jednog meseca;
2. ukoliko je osiguravač na zahtev ugovarača osiguranja izvršio svoju ugovornu obavezu pre isteka roka od 14 (četrnaest) dana za korišćenje prava na odustanak.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 5.

Ukoliko drugačije nije ugovoreno, osiguranje počinje 24.00 sata onog dana koji je u polisi označen kao dan početka osiguranja.

Ako je u polisi određen samo početak trajanja osiguranja, osiguranje se produžava iz godine u godinu sve dok ga neka od ugovornih strana ne otkáže u predviđenom roku.

Bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja, osiguranje za svakog pojedinog osiguranika prestaje u 24.00 sata onog dana kada:

1. nastupi smrt osiguranika ili bude ustanovljen 100% invaliditet osiguranika,
2. osiguranik postane poslovno nesposoban,
3. ugovor o osiguranju bude raskinut,
4. istekne godina osiguranja u kojoj je osiguranik navršio 75 godina života,

Ako se višegodišnji ugovor o osiguranju raskine shodno članu 28. ovih Uslova, ugovarač je dužan da osiguravaču vrati razliku premije u visini odobrenog popusta.

POČETAK DEJSTVA UGOVORA O OSIGURANJU

Član 6.

Obaveza osiguravača počinje u 24.00 sata onog dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, ali ne pre 24.00 sata onog dana kada je plaćena prva premija, osim ako je u polisi ili Dopunskim uslovima drugačije određeno.

Obaveza osiguravača prestaje u 24.00 sata onog dana koji je u polisi označen kao istek osiguranja, odnosno ispunjenjem uslova iz člana 5. ovih Uslova.

UGOVARANJE PREMIJE I OSIGURANIH SUMA

Član 7.

Visinu osiguranih suma i premije osiguranja sporazumno utvrđuju osiguravač i ugovarač osiguranja.

Ugovorene osigurane sume iz prethodnog stava su fiksne i ne revalorizuju se u toku trajanja ugovora o osiguranju, ukoliko se to posebno ne ugovori na početku ili u toku trajanja ugovora o osiguranju.

PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

Član 8.

Ako nije drugačije ugovoreno, Ugovarač osiguranja je u obavezi da godišnju premiju plati odjednom pre početka osiguranja.

Osiguravaču pripada premija osiguranja za celu godinu trajanja osiguranja i u slučajevima u kojima je osiguranje prestalo pre isteka tekuće godine trajanja osiguranja zbog smrti osiguranika ili isplate cele ugovorene osigurane sume u slučaju nastanka invaliditeta. U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju pre ugovorenog roka, osiguravaču pripada premija samo za period do prestanka ugovora o osiguranju.

Osiguravač ima pravo da sve premije iz tekuće godine osiguranja naplati prilikom bilo koje isplate naknade iz osiguranja.

POSLEDICA NEPLAĆANJA PREMIJE OSIGURANJA

Član 9.

Ako ugovarač osiguranja ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini neko drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premije, s tim da taj rok ne može isteći pre nego što protekne 30 dana od dospelosti premije.

Osiguravač ima pravo da ugovaraču osiguranja zaračuna odgovarajuću zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju.

PROMENA OPASNOSTI U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

Član 10.

Ugovorač osiguranja je dužan da bez odlaganja obavesti osiguravača o povećanju rizika ako je isti povećan nekim njegovim postupkom, a u drugim slučajevima u roku od 14 dana od dana kada je saznao za povećanje rizika.

Ako ova promena utiče na promenu razreda opasnosti, osiguravač će u slučaju povećanja razreda opasnosti predložiti povećanje premije, a u slučaju smanjenja razreda opasnosti, smanjenje premije ili povećanje osiguranih suma. Novoodređene sume ili premija važe od dana nastanka promene vrste posla osiguranika.

U suprotnom, ako nastupi osigurani slučaj, osiguravač će smanjiti ili povećati osigurane sume u srazmeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti.

NESREĆNI SLUČAJ (NEZGODA) **Član 11.**

Nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji je nastao tokom trajanja ugovora o osiguranju i koji delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt ili invaliditet, odnosno druge posledice definisane ovim Uslovima.

Nesrećnim slučajem smatraju se događaji koji nastanu usled:

1. gaženja,
2. sudara,
3. udara kakvim predmetom ili o kakav predmet,
4. udara struje ili groma,
5. pada, okliznuća ili survavanja,
6. ranjavanja oružjem, eksplozivnim sredstvima ili raznim drugim predmetima,
7. uboda kakvim predmetom,
8. udara ili ujeda životinja i uboda insekata (izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest)
9. trovanja hranom koje za posledicu ima smrt osiguranika,
10. infekcija povrede prouzrokovane nezgodom,
11. trovanja usled udisanja gasova ili otrovnih para (izuzev profesionalnih oboljenja),
12. opekotina izazvanih vatrom, električitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, bazama, kiselinama i sl,
13. davljenja ili utopljenja,
14. gušenja ili ugušenja usled zatrpavanja zemljom, peskom i sl,
15. prsnuća mišića, iščašenja, prsnuća zglobnih veza, preloma zdravih kostiju koji nastaju usled telesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajem, a ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi,

16. delovanja svetlosnih ili sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena kojima je osiguranik bio izložen usled jednog, neposredno 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,

17. delovanja rendgenskih i radijumskih zraka ako do tog dođe naglo i iznenada (izuzev profesionalnih oboljenja).

Ne smatraju se nesrećnim slučajem u smislu odredbi ovih Uslova:

1. sve bolesti,
2. trbušne, pupčane, vodene i ostale kile (osim onih koje nastanu zbog direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim delovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je posle povrede utvrđena traumatska hernija kod koje je medicinski, osim hernije, utvrđena i povreda mekih delova trbušnog zida u tom području)
3. infekcije ili oboljenja koja nastanu zbog raznih oblika alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože,
4. teške alergijske reakcije i anafilaktički šok, osim ako nastupe prilikom lečenja od posledica nesrećnog slučaja
5. intervertebralna diskus hernija, sve vrste lumbagija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kokciogodinjia, išijalgija, fibrozitis i sve promene slabinsko-krsne regije označene analognim terminima.
6. odlepljenje mrežnjače prethodno bolesnog ili degenerativno promenjenog oka (osim odlepljenje mrežnjače prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi medicinske potvrđene direktne spoljne ozlede očne jabučice)
7. posledice koje nastanu usled alkoholizma (delirijum tremens) i delovanja droge,
8. posledica medicinskih, naročito operativnih zahteva koji se preduzimaju radi lečenja ili radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posledica došlo dokazanom greškom medicinskog osoblja (vitium artis)
9. patološke promene kostiju i patološke epifiziolize,

OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE **Član 12.**

Ugovor o osiguranju se zaključuje:

- Za slučaj **smrti usled nezgode** i/ili

- Za slučaj **invaliditeta usled nezgode**.

Dodatno se mogu ugovoriti i sledeća pokrića:

- **dnevna naknada** u slučaju prolazne nesposobnosti za rad ili odsustva sa nastave usled nezgode,
- pokrće **troškova lečenja** u slučaju narušavanja zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć usled nezgode,
- **naknada** u slučaju narušavanja zdravlja usled nezgode koje zahteva bolničko lečenje (bolnička naknada),
- **prelom kosti** usled nezgode,
- **hirurške intervencije** usled nezgode,
- **smrt usled usled saobraćajne nezgode**.

Osiguravajuće pokriće važi samo za one osigurane slučajeve koji su navedeni u ugovoru o osiguranju. Ukoliko nije drugačije ugovoreno, osiguravajuće pokriće za navedene osigurane slučajeve, važi svih 24 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja.

SMRT USLED NEZGODE

Član 13.

Osiguranim slučajem se smatra nastanak smrti osiguranika kao posledica nesrećnog slučaja koji je nastao tokom trajanja osiguranja.

U slučaju smrti osiguranika usled nezgode obaveza osiguravača je da isplati ugovorenu osiguranu sumu za slučaj smrti usled nezgode.

INVALIDITET USLED NESREĆNOG SLUČAJA

Član 14.

Osiguranim slučajem se smatra nastupanje trajnog invaliditeta kao posledica nesrećnog slučaja koji je nastao u toku trajanja osiguranja.

Ukoliko kao posledica nesrećnog slučaja nastupi trajni invaliditet osiguravač ima obavezu da isplati celu ili deo osigurane sume za invaliditet u zavisnosti od ugovorenog načina obračuna naknade za invaliditet i procenta invaliditeta.

Konačni procenat trajnog invaliditeta određuje osiguravač prema Tabeli invaliditeta koja je sastavni deo ugovora o osiguranju i to 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 uzima se stanje u trenutku isteka ovog roka i prema njemu se određuje procenat invaliditeta.

Osiguravač neće isplatiti akontaciju pre nego što je potvrđena osnovanost odštetnog zahteva, s obzirom na okolnosti nastanka nesrećnog slučaja.

Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika, kao i subjektivne teškoće u smislu smanjenja mišićne snage, bolova i otoka na mestu povrede ne uzimaju se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.

U slučajevima kada kod osiguranika već postoji utvrđeni invaliditet, osiguravač je dužan da u slučaju nastupanja osiguranog slučaja osiguraniku isplati razliku između postojećeg i novonastalog procenta invaliditeta.

Ako kod osiguranika nastupe višestruke povrede na istom udu, kičmi ili organu, kao posledica nesrećnog slučaja, osiguravač ukupni invaliditet određuje tako što se za najveću posledicu oštećenja uzima ceo procenat predviđen Tabelom invaliditeta, od sledećeg najvećeg oštećenja uzima se polovina procenta predviđenog Tabelom itd. redom 1/4, 1/8 itd. Ukupan procenat ne može biti veći od procenta koji je određen Tabelom invaliditeta za potpuni gubitak tog uda ili organa. Posledice povrede prstiju sabiraju se bez primene prethodno navedenog principa, uz uvažavanje posebnih uslova u Tabeli invaliditeta.

U slučaju gubitka ili povrede više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja, procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ se sabiraju. Ako tako zbir iznosi više od 100%, osiguraniku se isplaćuje iznos ugovorene osigurane sume za slučaj potpunog invaliditeta.

Ako nastupi smrt osiguranika pre isteka godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja od posledica tog nesrećnog slučaja, a konačni procenat invaliditeta je već bio utvrđen, osiguravač isplaćuje iznos koji je bio određen 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.

Ako procenat invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre usled istog nesrećnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume i eventualno već isplaćenog nespornog dela (akontacija), ali samo ako je osiguranik umro najkasnije u roku od tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.

Ako pre utvrđenog procenta invaliditeta u roku od tri godine od nastanka nesrećnog slučaja nastupi

smrt osiguranika iz bilo kog drugog uzroka osim navedenog u prethodnom stavu, visina obaveze osiguravača iz osnova invaliditeta utvrđuje se na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.

OBRAČUN NAKNADE ZA INVALIDITET Član 15.

Polisom se mogu ugovoriti sledeći načini obračuna naknade za invaliditet usled nezgode:

- a. **linearni obračun naknade** prema kome procenat osigurane sume koju osiguravač isplaćuje odgovara konačnom procentu trajnog invaliditeta,

Ako je ugovoren linearni obračun naknade za invaliditet, obaveza osiguravača u slučaju nastupanja trajnog invaliditeta je da isplati sledeće iznose:

- osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja kod osiguranika nastupio potpuni trajni invaliditet.
- procenat od osigurane sume koji odgovara procentu delimičnog invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja kod osiguranika nastupio delimični trajni invaliditet.

- b. **progresivni obračun naknade** prema kome se preko određenog procenta invaliditeta osnovica za obračun invaliditeta (osigurana suma) uvećava

Ako je ugovoren progresivni obračun naknade za invaliditet, obaveza osiguravača se utvrđuje prema sledećoj tabeli:

Konačni procenat trajnog invaliditeta	Do 20%	20,01-50,0%	preko 50%
Osnovica za obračun naknade (% od ugovorene osigurane sume)	100%	150%	200%

- c. **obračun naknade prema promenljivoj skali** gde se osnovica za obračun invaliditeta (osigurana suma) umanjuje ili

povećava u zavisnosti od konačnog procenta trajnog invaliditeta.

Ako je ugovoren obračun naknade za invaliditet prema promenljivoj skali, obaveza osiguravača se utvrđuje prema sledećoj tabeli:

Konačni procenat trajnog invaliditeta	do 5,00%	5,01-10,0%	10,01-20,0%	20,01-50,0%	preko 50%
Osnovica za obračun naknade (% od ugovorene osigurane sume)	50%	75%	100%	150%	200%

Polisom osiguranja može se ugovoriti isključenje određenog procenta invaliditeta. Ukoliko je procenat invaliditeta usled nezgode jednak procentu navedenom u polisi ili niži, isključena je obaveza osiguravača za isplatu ugovorene osigurane sume.

DNEVNA NAKNADA Član 16.

Osiguranim slučajem se smatra nastupanje prolazne nesposobnosti za rad ili odsustvo sa nastave (u daljem tekstu: bolovanje) usled narušavanja zdravlja kao posledice nastalog nesrećnog slučaja tokom trajanja osiguranja.

Ako nesrećni slučaj ima za posledicu bolovanje, osiguravač isplaćuje osiguraniku iznos ugovorene naknade po danu od prvog do poslednjeg dana bolovanja.

Kada je osiguranik član porodice (dete), ugovoreni iznos dnevne naknade se isplaćuje za svaki dan odsustva sa nastave uz overenu potvrdu ustanove u kojoj dete pohađa nastavu u kojoj je naveden period odsustva.

Ako je bolovanje produženo iz bilo kojih zdravstvenih razloga, osiguravač je u obavezi da osiguraniku isplati dnevnu naknadu samo za vreme trajanja bolovanja prouzrokovanog nesrećnim slučajem, bez obzira da li je bilo puno bolovanje ili skraćeno.

Obaveza osiguravača za isplatu naknade je ograničena na maksimalno 200 dana ukupno za sve nesrećne slučajeve nastale u okviru jedne godine trajanja ugovora o osiguranju. Ako je

ugovoreno trajanje osiguranja kraće od godinu dana, maksimalni broj dana se srazmerno smanjuje.

Dnevna naknada se isplaćuje po završenom lečenju, na osnovu lekarske potvrde da je lečenje završeno.

Polisom osiguranja može se ugovoriti karenca i to:

- odbitna karenca ili
- integralna karenca

U slučaju kada je ugovorena **odbitna karenca**, osiguravač nema obavezu isplate dnevne naknade ukoliko je bolovanje trajalo kraće od ugovorene odbitne karence. Ukoliko je bolovanje trajalo duže od ugovorene odbitne karence pravo na isplatu dnevne naknade stiže se za svaki dan bolovanja nakon isteka odbitne karence (Na primer: ukoliko je ugovorena odbitna karenca 5 dana, a bolovanje trajalo 6 dana, naknada iz osiguranja u tom slučaju se obračunava za 1 dan bolovanja).

Kada je ugovorena **integralna karenca**, osiguravač nema obavezu isplate dnevne naknade ukoliko je bolovanje trajalo kraće od ugovorene integralne karence. Ukoliko je bolovanje trajalo duže od ugovorene integralne karence pravo na isplatu dnevne naknade stiže se za svaki dan bolovanja počev od prvog dana nastupanja osiguranog slučaja (Na primer: ukoliko je ugovorena integralna karenca 7 dana, a bolovanje trajalo 8 dana, naknada iz osiguranja u tom slučaju se obračunava za 8 dana bolovanja).

TROŠKOVI LEČENJA **Član 17.**

Osiguranim slučajem se smatra narušavanje zdravlja osiguranika kao posledica nastalog nesrećnog slučaja tokom trajanja osiguranja koje zahteva pružanje zdravstvenih usluga čiji troškovi padaju na teret osiguranika.

Ako nesrećni slučaj ima za posledicu narušavanje zdravlja osiguranika koje zahteva lekarsku pomoć, a ugovorena je i naknada troškova lečenja kao posledica nesrećnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguraniku naknadu stvarnih i nužnih troškova lečenja nastalih u Republici Srbiji u roku od godinu dana od dana nastanka nesrećnog slučaja.

Pod troškovima lečenja u smislu ovih uslova smatraju se:

1. troškovi lečenja nastali u državnim zdravstvenim ustanovama
2. troškovi prepisanih lekova

3. troškovi kupovine neophodnih medicinsko tehničkih pomagala prema oceni lekara
4. troškovi neophodne rehabilitacije u banji uz dostavljenu odbijenicu Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (RFZO), izuzev troškova smeštaja (van stacionara), boravišne takse i troškova ishrane.

Ne postoji obaveza osiguravača da nadoknadi troškove lečenja za korišćenje zdravstvenih usluga na koje osiguranik ima pravo po osnovu obaveznog ili dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Osiguravač je obavezan da nadoknadi samo onaj deo troškova lečenja koje snosi sam osiguranik.

Ukoliko osiguranik ima zaključeno osiguranje troškova lečenja po više ugovora o osiguranju, pravo na nadoknadu, povodom jednog osiguranog slučaja, može ostvariti samo jednom na osnovu dostavljenog originalnog računa, do iznosa ugovorene osigurane sume.

BOLNIČKA NAKNADA **Član 18.**

Osiguranim slučajem se smatra boravak u bolnici osiguranika usled nastupanja nesrećnog slučaja koji je nastao tokom trajanja osiguranja i koji traje duže od 3 dana.

Ukoliko je usled nastalog nesrećnog slučaja lekar indikovao bolničko lečenje osiguranika u skladu sa prethodnim stavom, osiguravač isplaćuje ugovorenu bolničku naknadu za dane provedene na bolničkom lečenju nakon 3. (trećeg) dana ali najviše do 365 dana.

Ako je ugovoreno trajanje osiguranja kraće od godinu dana, maksimalni broj dana se srazmerno smanjuje.

Obaveza osiguravača postoji ako je bolničko lečenje započeto u roku od godinu dana od dana nastupanja nesrećnog slučaja.

Uzastopni boravci osiguranika na bolničkom lečenju zbog istog nesrećnog slučaja (nezgode) smatraju se jednim osiguranim slučajem, osim ako između tih boravaka na bolničkom lečenju nije protekao period od najmanje 12 (dvanaest) meseci u kome Osiguranik nije bio na bolničkom lečenju iz tog razloga.

Isključena je i obaveza osiguravača za dane provedene u:

- ustanovi za lečenje psihijatrijskih bolesnika;

- rehabilitacionom centru, banji i prirodnim lečilištima,
- dnevnoj bolnici,
- svim ostalim ustanovama koje nisu registrovane za bolničko lečenje.

PRELOM KOSTI

Član 19.

Osiguranim slučajem smatra se prelom kosti usled nesrećnog slučaja koji je nastao tokom trajanja osiguranja.

Pod prelomom kosti u smislu ovih Uslova podrazumeva se potpuni ili delimični prekid kontinuiteta kosti koji je nastao kao posledica dejstva mehaničke sile na kost (traumatski prelomi), pri kome intezitet mehaničke sile prelazi granicu fiziološke elastičnosti kostiju, a koje za posledicu nema trajni invaliditet osiguranika.

U slučaju nastupanja preloma kosti usled nezgode iz stava 1 ovog člana tokom trajanja osiguravajućeg pokrivača osiguravač je u obavezi da isplati osiguranu sumu za prelom kosti.

Obaveza osiguravača je isključena ako je nesrećni slučaj imao za posledicu prelom kosti koji je nastao pod dejstvom traume na patološki izmenjenu kost u okviru oboljenja, kao što su:

- rahitis;
- osteomalacija;
- poremećaji metabolizma kalcijuma i fosfora i slična stanja, ili u okviru lokalnih koštanih oboljenja kao što su koštane ciste;
- primarni koštani tumori;
- metastaze u kostima;
- osteomijelitis;
- ehinokokus;
- koštana tuberkuloza;
- druge bolesti kostiju.

Obaveza osiguravača je ograničena na isplatu za najviše dva preloma kosti u toku trajanja osiguranja.

HIRURŠKE INTERVENCIJE USLED NEZGODE

Član 20.

Osiguranim slučajem se smatra izvršena hirurška intervencija kao posledica nastalog nesrećnog slučaja u toku trajanja osiguranja.

Pod hirurškim intervencijama u smislu ovih Uslova smatra se medicinska intervencija kojoj se osiguranik podvrgne tokom trajanja osiguranja, a

koja je medicinski indikovana i koju izvodi hirurg ili lekar specijalista i koja se smatra neophodnom za saniranje telesne povrede koju je osigurano lice zadobilo i to samo:

- zatvaranje prirodnih otvora nakon povrede (šivenje rane – saturaе / resuturae) i
- operativno lečenje stanja osiguranog lica nakon povrede.

Hirurškim intervencijama u smislu ovih Uslova ne smatraju se:

1. zbrinjavanje rana koje su posledica bilo koje infekcije, akutne ili hronične bolesti ili stanja;
2. hirurške intervencije koje su izvršene radi dijagnostikovanja ili lečenja urođenih ili stečenih bolesti, kao i razvojnih anomalija;
3. hirurške intervencije izvršene kao posledica bolesti ili nekog drugog razloga a ne kao direktna posledica nesećnog slučaja (nezgode);
4. hirurške intervencije degenerativnih promena;
5. hirurške intervencije izvršene iz estetskih razloga;
6. intervencije radi uklanjanja prethodno aplikovanog osteosintetskog materijala

Maksimalna obaveza osiguravača je 100% osigurane sume za slučaj izvršenja hirurške intervencije u toku trajanja ugovora o osiguranju, bez obzira na broj izvršenih intervencija.

SMRT USLED SAOBRAĆAJNE NEZGODE

Član 21.

Osiguranim slučajem se smatra nastupanje smrti osiguranika usled saobraćajne nezgode koja je nastupila tokom trajanja osiguranja.

Smrt usled saobraćajne nezgode u smislu ovih uslova predstavlja smrt osiguranika na putu ili drugom mestu otvorenom za javni saobraćaj u kome je učestvovalo najmanje jedno vozilo u pokretu bez obzira da li se osiguranik nalazi u motornom vozilu, bilo kao lice koje upravlja motornim vozilom ili kao putnik u motornom vozilu, odnosno prilikom ulaska osiguranika u motorno vozilo ili izlaska iz motornog vozila ili prilikom prelaska ulice na zakonom propisan način.

Obaveza osiguravača postoji ukoliko je smrt kao posledica saobraćajne nezgode nastupila u roku od godinu dana od dana nastupanja saobraćajne nezgode.

OGRANIČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 22.

Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća premija, ugovorene osigurane sume smanjiće se srazmerno odnosu između premije koju je trebalo platiti i stvarno plaćene premije, kada nesrećni slučaj nastane:

1. pri upravljanju i vožnji avionom i drugim vazduhoplovima svih vrsta, osim u slučaju kada se osiguranik nalazi u svojstvu putnika u javnom vazdušnom prevozu;
2. pri sportskim skokovima padobranom;
3. pri treningu i učešću osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije u sledećim sportskim granama: fudbal, hokej na ledu, džiu-džica, džudo, karate, boks, skijanje, ragbi, rvanje, skijaški skokovi, alpinizam, speleološke aktivnosti, podvodni ribolov, automobilske i motociklističke brzinske trke, motokros, gocard;
4. kod lica koja su u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju predstavljala anormalni rizik; smatraće se da je anormalni rizik postojao:
 - a) ukoliko telesna težina osiguranika odstupa od idealne telesne težine za više od 35 kilograma; pod idealnom telesnom težinom podrazumeva se težina izražena u kilogramima koja se dobije kada se od visine osiguranika izražene u centimetrima oduzme 100;
 - b) ukoliko je, bez obzira na uzrok, opšta radna sposobnost osiguranika umanjena preko 50%, a prema Tabeli invaliditeta iz ovih Uslova.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 23.

Obaveza osiguravača ne postoji ukoliko je nesrećni slučaj nastao:

1. kao posledica rata, kao i aktivnog učešća osiguranika u invaziji, aktu stranog neprijatelja ili događajima sličnim ratu (bez obzira da li je rat objavljen), mirovnim aktivnostima, građanskom ratu, javnim neredima, pobunama bilo koje vrste ili oružanim aktivnostima.
2. usled terorizma, pod čim se podrazumeva svaki akt nasilja preduzet u nameri da se naškodi nekoj državi, međunarodnoj organizaciji ili političkom pokretu. Akt nasilja može se ogledati u prouzrokovanju požara, prouzrokovanju eksplozije ili rušenja, izvršenju otmice lica, izazivanju opasnosti za život ljudi i imovinu

preduzimanjem kakve druge opšteopasne radnje ili upotrebom opšteopasnog sredstva, i sl. kojim se stvara osećanje nesigurnosti kod građana,

3. kao posledica radioaktivne kontaminacije, bilo da proističe direktno ili indirektno, osim u slučaju nuklearnog i/ili biološkog i/ili hemijskog terorističkog napada (u daljem tekstu: NBH teroristički napad).

Ovo isključenje se ne primenjuje u slučaju medicinskog osoblja koje je povezano sa radioaktivnim izotopima prilikom obavljanja redovnog zanimanja u Republici Srbiji.

Pod NBH terorističkim napadom podrazumeva se bilo koja nezgoda koja direktno ili indirektno proistekne, doprinese ili izazove ili rezultira ili je u vezi sa bilo kojim činom nuklearnog, hemijskog ili biološkog terorizma, bez obzira na bilo koji drugi uzrok ili događaj koji doprinesu nezgodi istovremeno ili nakon nje.

NBH teroristički napad u smislu ovih Uslova znači upotrebu bilo kog nuklearnog oružja, uređaja ili emisija, ispuštanje, raspršivanje, ili oslobađanje bilo kog čvrstog, tečnog ili gasovitog hemijskog agensa i /ili biološkog agensa u toku perioda osiguranja od strane bilo koje osobe ili grupe osoba bilo da deluju sami ili su vezani sa nekom organizacijom, vladom, učinjenom u političke, religiozne ili ideološke svrhe uključujući nameru da utiču na povećanje straha.

Hemijski agens će značiti bilo koje jedinjenje koje, kada se adekvatno distribuira, proizvodi onesposobljavanje, oštećenje ili smrtonosne posledice po ljude, biljke ili materijalna dobra.

Biološki agens će značiti bilo koje patogene (koji izazivaju bolesti) mikroorganizme i/ili biološki proizvedene toksine (uključujući genetski modifikovane organizme i hemijski sintetizovane toksine) koji izazivaju bolest i/ili smrt ljudi, životinja ili biljaka.

Za nuklearni i/ili hemijski i/ili biološki terorizam, jedan događaj obuhvata sve osiguranike kojima je postavljena medicinska dijagnoza u roku od 90 dana od dana kada su bili izloženi radijaciji ili biološkim ili hemijskim supstancama ili koji su kao takvi priznati od strane lokalnog zakonodavstva koji reguliše ovu oblast.

4. pri upravljanju vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom vozila, kao i u slučaju upravljanja vozilom koje nema dozvolu za upotrebu.

Odredbe tačke 4. ovog stava neće se primenjivati u slučaju kada neposredovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastanak nesrećnog slučaja. Smatra se da osiguranik poseduje propisanu službenu vozačku ispravu kada, radi

pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave, koristi vozilo uz neposredan nadzor službeno ovlašćenog lica.

5. zbog aktivnog učešća u fizičkom obračunu, osim u dokazanom slučaju samoodbrane,
6. usled toga što je osiguranik namerno prouzrokovao nesrećni slučaj ili samopovređivanje, kao i usled pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga
7. usled toga što je korisnik namerno prouzrokovao smrt osiguranika (ako postoji više korisnika, isključen je samo onaj korisnik koji je namerno prouzrokovao smrt osiguranika)
8. kao posledica aktivnog učešća u izvršenju krivičnog dela,
9. kao posledica upotrebe otrova, droge, alkohola iznad zakonom propisane granice, kao i zloupotrebe lekova.

Osim ukoliko se posebno ne ugovori i plati dodatna premija osiguranja, iz osiguranja je isključen i svaki nesrećni slučaj nastao kao posledica prirodnih katastrofa i elementarnih nepogoda.

Osiguravač nije u obavezi da obezbedi pokriće i nije u obavezi da izvrši plaćanje bilo kojeg potraživanja, odnosno da obezbedi bilo kakvu naknadu u skladu sa navedenim, do te mere kojom bi obezbeđivanje takvog pokrića, isplata spomenutog potraživanja ili obezbeđivanje spomenute naknade izložili osiguravača bilo kakvom sankcionisanju, zabrani ili restrikciji u skladu sa rezolucijama Ujedinjenih nacija ili trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, zakonima i propisima Evropske unije, sankcijama Republike Srbije, Ujedinjenog Kraljevstva ili Sjedinjenih Američkih Država (pod uslovom da se ovim ne krše bilo kakvi propisi ili određeni državni zakoni primenjivi na osiguravača).

Osiguravač nema obavezu za troškove zastupanja advokata, agencija i bilo kojih drugih punomoćnika koji nisu izazvani od strane osiguravača i koji nisu bili nužni, a u vezi su sa ostvarenjem prava na nadoknadu štete i odnose se na prijavu štete.

Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u času njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj, ili je bio u nastupanju, ili je bilo izvesno da će nastupiti, ili ako je već tada bila prestala mogućnost da on nastane. U ovim slučajevima uplaćena premija se vraća ugovaraču.

PRIJAVA NESREĆNOG SLUČAJA

Član 24.

Osiguranik koji je usled nesrećnog slučaja povređen potrebno je:

1. da se prema mogućnostima što pre prijavi lekaru, odnosno pozove lekara radi pregleda i pružanja pomoći i da odmah preduzme sve potrebne mere radi lečenja, kao i da se pridržava lekarskih saveta i uputstava u pogledu načina lečenja;
2. da pruži osiguravaču sva potrebna obaveštenja i podatke o mestu i vremenu nastanka nesrećnog slučaja, 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, koje je osiguranik eventualno imao i pre nastanka nesrećnog slučaja.

Osiguravaču se obavezno dostavlja i sledeća dokumentacija:

1. popunjen formular zahteva za naknadu iz osiguranja;
2. svaki dokument koji svedoči o datumu i okolnostima nastanka nesrećnog slučaja, kao što je policijski zapisnik, izveštaji lekara i sl.
3. identifikacioni dokument korisnika osiguranja - kopiju lične karte ili pasoša korisnika osiguranja;
4. kompletnu detaljnu medicinsku dokumentaciju u vezi sa preduzetim lečenjem posledica nesrećnog slučaja;
5. zavisno od osiguranog slučaja, potrebna je dodatno sledeća dokumentacija:
 - a. u slučaju smrti osiguranika:
 - i. izvod iz matične knjige umrlih;
 - ii. medicinsku dokumentaciju na osnovu koje se može utvrditi uzrok smrti osiguranika, otpusna lista iz bolnice, nalaz mrtvozornika ili obdukcioni nalaz;
 - iii. dokaz o pravu korisnika osiguranja na naknadu, shodno članu 25. ovih Uslova,
 - b. u slučaju ostvarenja prava po osnovu dnevne naknade:
 - doznake za bolovanje izdate od strane izabranog lekara iz nadležne zdravstvene ustanove,

uz lekarski nalaz sa potpunom dijagnozom, tačnim podacima o tome kada je započeto lečenje i do kojeg dana osiguranik nije bio sposoban da obavlja svoj redovni posao ili da prati nastavu.

Osiguravač ima pravo da dodatno zahteva medicinske i druge dokaze potrebne za utvrđivanje osiguranog slučaja i visine naknade iz osiguranja.

Troškove koji nastanu u vezi sa obezbeđenjem neophodne dokumentacije potrebne za obradu zahteva za isplatu naknade iz osiguranja snosi korisnik osiguranja.

ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA **Član 25.**

Korisnik za slučaj smrti osiguranika određen je u polisi osiguranja.

Ako u polisi ili u posebnim odredbama uz ove Uslove nije drugačije ili nije ništa predviđeno, korisnicima osiguranja za slučaj osiguranikove smrti smatraju se:

1. osiguranikova deca i bračni drug na jednake delove, a ako deca nisu u životu, njihovi potomci po pravu predstavljanja;
2. ako nema dece ni njihovih potomaka, bračni drug na jednu polovinu, a roditelji na drugu;
3. ako nema ni bračnog druga, samo roditelji;
4. ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama, ostali zakonski naslednici na osnovu sudske odluke.

Bračnim drugom se smatra lice koje je bilo u braku sa osiguranikom u momentu njegove smrti.

U slučaju invaliditeta, dnevne naknade, troškova lečenja, preloma kostiju, hirurških intervencija, korisnik je sam osiguranik.

Ako je korisnik osiguranja maloletno lice, isplata osigurane sume ili naknada iz osiguranja izvršiće se njegovim roditeljima, odnosno staratelju, a osiguravač ima pravo da od ovih lica zahteva da prethodno pribave ovlašćenje od nadležnog organa za prijem pripadajućeg iznosa osigurane sume, odnosno naknade.

OBAVEZA OSIGURAVAČA **Član 26.**

Ukoliko nastupi osiguranik slučaj u skladu sa ovim Uslovima, osiguravač je u obavezi da korisniku

osiguranja, isplati osiguranu sumu odnosno odgovarajući procenat osigurane sume ili ugovorenu naknadu u roku od 14 dana, računajući od dana kad je osiguravač utvrdio svoju obavezu i njenu visinu.

Ako je za utvrđivanje visine obaveze osiguravača potrebno određeno vreme, osiguravač je u obavezi da na zahtev korisnika osiguranja isplati iznos za koji se može nesporno utvrditi, na osnovu medicinske dokumentacije, da će trajno ostati.

Ako osiguravač ne izvrši isplatu u predviđenom roku, korisnik ima pravo na zateznu kamatu u visini koja je u skladu sa važećim zakonskim propisima.

KUMULIRANJE NAKNADE I OSIGURANE SUME **Član 27.**

Osiguravač nema ni po kom osnovu pravo na naknadu od trećeg lica odgovornog za nastupanje nesrećnog slučaja. To pravo pripada osiguraniku, odnosno korisniku osiguranja nezavisno od njegovog prava na osiguranu sumu.

OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU **Član 28.**

Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju sa neodređenim rokom trajanja, danom dospelosti premije, na taj način što će pismenim putem obavestiti drugu stranu da želi da raskine ugovor. Obaveštenje o raskidu mora se dostaviti najkasnije tri meseca pre dospelosti premije.

Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina, svaka strana može po proteku ovog roka, uz otkazni rok od šest meseci, pismenim putem izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

ZASTARELOŠT POTRAŽIVANJA **Član 29.**

Potraživanja iz ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja zastarevaju u rokovima predviđenim Zakonom o obligacionim odnosima.

NADLEŽNOST ZA REŠAVANJE SPORNIH PITANJA **Član 30.**

U slučaju spora između Osiguravača i Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika, nadležan je stvarno nadležni sud prema sedištu Osiguravača.

OBRADA I ČUVANJE LIČNIH PODATAKA**Član 31.**

Osiguravač obrađuje podatke o ugovaraču osiguranja /osiguraniku/korisniku osiguranja u svrhu realizacije ugovora o osiguranju i ispunjavanja obaveza predviđenih važećim propisima.

Ugovarač osiguranja/osiguranik/korisnik osiguranja ima pravo da se informiše o podacima koje Osiguravač vodi o njemu i ima pravo i obavezu da od Osiguravača zahteva ispravku, dopunu i ažuriranje podataka koji se odnose na njega.

Podatke o ugovaraču osiguranja/osiguraniku/korisniku osiguranja mogu koristiti zaposleni kod Osiguravača, kao i zaposleni kod drugih lica i/ili institucija kojima Osiguravač dostavlja podatke shodno zakonskim propisima ili ugovornim obavezama.

Ugovarač osiguranja/osiguranik/korisnik osiguranja ima pravo da svoj ranije dat pristanak na obradu podataka u druge svrhe osim u svrhu zaključenja i ispunjenja ugovora, opozove. U slučaju da ugovarač osiguranja/osiguranik/korisnik osiguranja želi da opozove svoj pristanak, dužan je da obaveštenje o tome dostavi Osiguravaču u pisanoj formi. Osiguravač je dužan da nakon primljenog obaveštenja ugovarača osiguranja/osiguranika /korisnika osiguranja o opozivu ranije datog odobrenja u druge svrhe osim u svrhu saključenja i ispunjenja ugovora, podatke o njemu briše.

Svojim potpisom na ponudi za zaključenje ugovora o osiguranju/polisi ili drugom dokumentu, ugovarač osiguranja/osiguranik/korisnik osiguranja potvrđuje da je obavešten i saglasan sa gore navedenim, te saglasnost data na ovaj način, predstavlja pravni

osnov Osiguravaču za obradu i prikupljanje podataka o ličnosti ugovarača osiguranja/osiguranika/ korisnika osiguranja, shodno odredbama Zakona o zaštiti podataka o ličnosti.

ZAVRŠNE ODREDBE**Član 32.**

Osiguravač je u obavezi da upozori ugovarača osiguranja da su ovi Uslovi sastavni deo ugovora o osiguranju i da mu preda njihov tekst, kao i tekst onih Dopunskih uslova po kojima se zaključuje konkretno osiguranje.

PRIMENA ZAKONSKIH PROPISA**Član 33.**

Pored odredaba iz ovih uslova na zaključene ugovore o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja primenjuju se i odogovarajuće odredbe Zakona o obligacionim odnosima i to u pogledu onih međusobnih prava i obaveza između osiguravača, s jedne strane, i ugovarača, osiguranika i korisnika osiguranja, s druge strane, koja nisu regulisana ovim uslovima ili zaključenim ugovorom o osiguranju.

Ako je ovim Uslovima neko pitanje regulisano suprotno zakonskim propisima, primenjivaće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

STUPANJE NA SNAGU**Član 34.**

Ovi Uslovi stupaju na snagu i primenjuju se počev od dana 10.04.2024. godine.

Stupanjem na snagu ovih Uslova prestaju da važe i da se primenjuju Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) od dana 04.07.2022. godine.