



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

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

(1) Ovi Opšti uslovi za osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja (nezgode) u daljem tekstu: (Uslovi) sastavni su dio ugovora o osiguranju lica od posljedica nesrećnog slučaja koje ugovarač osiguranja zaključuje sa Akcionarskim društvom za osiguranje "DUNAV osiguranje" (u daljem tekstu: Osiguravač).

(2) Ovi uslovi ne primjenjuju se na ugovore o osiguranju lica od posljedica nesrećnog slučaja za koje su predviđeni posebni uslovi.

(3) Pojedini izrazi u ovim uslovima znače:

- "ponuđač" - lice koje želi da zaključuje osiguranje i u tu svrhu podnese pismenu ili usmenu ponudu osiguravaču,
- "ugovarač" - fizičko ili pravno lice koje sa osiguravačem zaključuje ugovor o osiguranju,
- "osigurani" - lice od čije smrti, gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) ili narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume, odnosno naknade,
- "osigurani slučaj" - događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a koji mora biti budući neizvjestan i nezavisan od isključive volje ugovarača,
- "korisnik" - lice kome se vrši isplata osigurane sume odnosno naknade,
- "polisa" - isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju
- "osigurana suma" - najveći iznos do koje je osiguravač u obavezi, kada nastupi osigurani slučaj,
- "premija" - iznos koji je ugovarač dužan platiti osiguravaču po ugovoru o osiguranju,
- "list pokrića" - privremeni dokaz o zaključenom osiguranju koji sadrži bitne elemente ugovora o osiguranju.

Član 2.

(1) Ugovorom o osiguranju lica od posljedica nesrećnog slučaja ugovarač se obavezuje da udružuje

određena novčana sredstva, (premiju) kod osiguravača, a osiguravač se obavezuje da, ako se desi osigurani slučaj, isplati osiguraniku ili korisniku osiguranu sumu, odnosno njen dio.

(2) Ovim Uslovima regulišu se odnosi između ugovarača osiguranja i osiguravača po ugovorenim oblicima osiguranja za slučaj:

- smrt usljed nesrećnog slučaja,
- trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta),
- prolazne nesposobnosti za rad (dnevna naknada),
- narušenja zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć (troškovi liječenja),
- ostali ugovoreni slučajevi regulisani su dopunskim uslovima.

(3) Sva obavještenja i prijave, koje su ugovorene strane dužne da učine u smislu odredaba Uslova, obavezno se imaju pismeno potvrditi ako su učinjene usmeno, telefonom ili na koji drugi način.

(4) Kao dan prijema obavještenja odnosno prijave smatra se dan kad je primljeno obavještenje, odnosno prijava. Ako se obavještenje, odnosno prijava šalje poštom prepuračeno, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti.

(5) Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku.

ZAKLJUČIVANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

(1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu usmene ili pismene ponude.

(2) Osiguravač može prethodno zatražiti pismenu ponudu od ponuđača na posebnom obrascu.

(3) Ako osiguravač ne prihvati pismenu ponudu dužan je u roku od osam dana od dana njenog prijema pismeno obavijestiti ponuđača o tome.

(4) Ako osiguravač nije odbio ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima se vrši osiguranje, smatra

se da je osiguranje zaključeno kada je ponuda prispjela osiguravaču.

(5) Ako osiguravač prihvati ponudu samo pod posebnim uslovima, osiguranje je zaključeno danom kada je ponuđač pristao na izmijenjene uslove.

(6) Smatra se da je ponuđač odustao od zaključenja ugovora, ako na izmijenjene uslove ne pristane

u roku od osam dana od dana prijema preporučenog obavještenja osiguravača.

(7) Ugovor o osiguranju zaključen je kada ugovarač i osiguravač potpišu polisnu osiguranja ili list pokrića.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 4.

(1) U pravilu se mogu osigurati lica od navršениh četrnaest do navršene sedamdesetpete godine života.

Lica mlađa od četrnaest i starija od sedamdesetpet godina mogu biti osigurana samo ako je to

posebnim ili dopunskim uslovima predviđeno.

(2) Lica čija je opšta radna sposobnost umanjena usljed neke teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka, osiguravaju se uz naplatu povišene premije u smislu čl. 9. stava (2) ovih Uslova.

(3) Lica lišena poslovne sposobnosti u svakom slučaju su isključena iz osiguranja, osim ako zakonom nije drugačije određeno.



POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

Član 5.

(1) Nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelimični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć.

(2) U smislu prethodnog stava smatraju se nesrećnim slučajem naročito slijedeći događaji: gaženje,

sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće,

survavanje, ranjavanje oružjem, raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubod kakvim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta, izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana kakva infektivna bolest.

(3) Kao nesrećni slučaj smatra se i sljedeće:

1) Trovanje hemijskim agensima osim profesionalnih oboljenja,

2) Infekcija povrede prouzrokovana nesrećnim slučajem,

3) Trovanje usljed udisanja gasova ili otrovnih para, osim profesionalnih oboljenja,

4) Opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tečnostima ili parom, kiselinama, bazama i sl,

5) Davljenje i utopljenje,

6) Gušenje ili ugušenje usljed zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl),

7) Prsnuće mišića, iščašenje, prsnuće zglobnih veza, prelomi zdravih kostiju koji nastanu usljed naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajima, a ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi,

8) Djelovanje svjetlosti, sunčanih 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,

9) Djelovanje rentgenskih i radijumskih zraka ako stupe naglo i iznenada, izuzev profesionalnih oboljenja,

(4) Ne smatraju se nesrećnim slučajem u smislu ovih Opštih uslova:

1) Sve zarazne profesionalne i ostale bolesti kao i ostale bolesti nastale usljed psihičkih uticaja,

2) Trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, osim onih koje nastanu usljed direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid ukoliko je poslije povrede utvrđena traumatska hernija kod koje je bolnički pored hernije utvrđena povreda mekih dijelova trbušnog zida u tom području,

3) Infekcije i oboljenja koja nastanu usljed raznih oblika alergije, rezanja ili kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože,

4) Anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastalog nesrećnog slučaja,

5) Hernija disci, intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloza, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitisa, kokcigodinija, išijalgija, fibrozitisa, fascitisa i sve patoanatomske promjene slabinsko-krstačke regije označene analognim terminima,

6) Odljepljenje mrežnjače (ablatio retinae), ukoliko nije nastala kao direktna povreda prethodno zdravog oka, bolnički dijagnosticirana,

7) Posljedice koje nastanu kod osiguranika usljed delirijuma tremensa i djelovanja droga,

8) Posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata koji se preduzimaju radi liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo usljed dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis),

9) Patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize,

10) Sistemne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti.

POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

Član 6.

(1) Ugovor o osiguranju se zaključuje:

1) sa određenim rokom trajanja za vrijeme od jedne godine ili kraće - kratkoročno osiguranje,

2) na neodređeno vrijeme trajanja, koji se nastavlja iz godine u godinu, ako ga koja od ugovorenih strana pismeno ne otkáže najkasnije na tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja - dugoročno osiguranje.

Kod ovih osiguranja se na polisi označava samo dan početka osiguranja.

3) sa određenim rokom trajanja za vrijeme preko jedne ili više godina - višegodišnje osiguranje.

(2) Ugovor o osiguranju počinje u 24,00 časa onog dana koji je označen u polici kao početak ugovora o osiguranju, ako dopunskim uslovima nije drugačije predviđeno ili u polici ugovoreno, a prestaje u 24,00 časa onog dana koji je u polici ugovoren kao dan prestanka ugovora o osiguranju.

(3) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 24,00 časa, bez obzira da li je i koliko ugovoreno trajanje, onoga dana kada:

1) nastupi smrt osiguranika ili bude ustanovljen invaliditet od 100%,

2) osiguranik postane poslovno nesposoban u smislu čl. 4. stava (3) ovih Uslova,

3) istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navrší 75 godina života,

4) protekne rok iz čl. 11. stava (3) ovih Uslova, a premija do tog roka nije plaćena,

5) bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu čl. 18. ovih Uslova.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

(1) Obaveza osiguravača počinje u 24,00 časa onog dana koji je označen u polici kao početak



ugovora o osiguranju, ali ne prije 24,00 časa onoga dana kada je plaćena prva premija, osim ako je

u polisi ili dopunskim uslovima drugačije ugovoreno.

(2) Ako je u polisi ugovoreno plaćanje premije virmanom, obaveza počinje u 24,00 časa onog dana koji je u polisi označen kao početak ugovora o osiguranju.

(3) Obaveza osiguravača prestaje u 24,00 časa onog dana kada istekne rok trajanja ugovora o osiguranju označen u polisi.

OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 8.

(1) Kad nastane nesrećni slučaj u smislu ovih Uslova osiguravač isplaćuje iznose ugovorene u ugovoru o osiguranju i to:

1) Osiguranu sumu za slučaj smrti ako je usljed nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika, odnosno osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je usljed nesrećnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranika,

2) Procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta koji odgovara procentu djelimičnog invaliditeta, ako je usljed nesrećnog slučaja nastupio djelimični invaliditet osiguranika,

3) Dnevnu naknadu prema čl. 15. stav (9) ovih Uslova ako je osiguranik usljed nesrećnog slučaja bio privremeno nesposoban za rad, odnosno za vršenje svog redovnog zanimanja,

4) Naknadu troškova liječenja prema čl. 15. stav (10) i (11) ovih Uslova ako je osiguraniku usljed nesrećnog slučaja bila potrebna ljekarska pomoć i ako je usljed toga imao troškove liječenja,

5) Ostale ugovorne obaveze prema posebnim ili dopunskim uslovima.

(2) Obaveza osiguravača iz prethodnog stava postoji kad je nesrećni slučaj nastao pri vršenju djelatnosti koja je u polisi izričito navedena (npr. pri vršenju i izvan vršenja redovnog zanimanja ili samo u jednom određenom svojstvu kao: sportista, lovac, vozač ili putnik u motornom vozilu, izletnik, vatrogasac, demonter mina, granata i drugih eksplozivnih predmeta, kaskader itd.).

OGRANIČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 9.

(1) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija, ugovorene osigurane sume smanjuju se srazmjerno premiji koju je trebalo platiti prema stvarno plaćenoj premiji kada nesrećni slučaj nastane:

1) Pri upravljanju i vožnji avionom u 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 sljedećih sportskih grana: fudbal, hokej na ledu, džiu-džicu, džudo,

karate, boks, skijanje, ragbi, rvanje, skijaški skokovi, alpinizam i podvodni ribolov kao i pri automobilskim motociklističkim trkama, motokrosu i pri treningu za njih.

3) Usljed ratnih događaja i oružanih sukoba u kojima se nađe osiguranik izvan granice BiH s tim da osiguranik nije uzimao aktivnog učešća u tim oružanim akcijama.

4) Kod lica koja predstavljaju anormalni rizik usljed toga što su preboljela neku težu bolest, ili su u času zaključenja ugovora bila teže bolesna, ili su opterećena urođenim ili stečenim tjelesnim manama ili nedostacima.

(2) Kao anormalni rizik iz tačke 4) prethodnog stava smatraju se lica koja imaju mane, nedostatke ili bolesti usljed kojih je njihova opšta radna sposobnost umanjena preko 50% prema Posebnim uslovima za osiguranje uvećanih rizika (anormalni rizik), koji su sastavni dio ovih Uslova.

ISKLUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 10.

(1) Isključene su sve obaveze osiguravača, ako je nesrećni slučaj nastao:

1) Usljed zemljotresa,

2) Usljed ratnih događaja,

3) Usljed aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik učestvovao po svom redovnom zanimanju, ili po pozivu od strane ovlaštenog organa RS, ili je samoinicijativno učestvovao u zaštiti društvene imovine i lica.

4) Pri upravljanju vazдушnim aparatima svih vrsta, plovnim objektima, motomim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlaštenja vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazdušnog aparata, plovnog objekta, motornog i drugog vozila.

Odredbe tačke 4) ovog stava neće se primjenjivati u slučaju kada neposjedovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastanak nesrećnog slučaja.

U smislu ovih Uslova smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave preduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlašćenog stručnog instruktora.

5) Usljed pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga.

6) Usljed toga što je osiguranik namjerno prouzrokovao nesrećni slučaj.

7) Usljed toga što je korisnik namjerno prouzrokovao smrt osiguranika, a ako je više korisnika isključen je samo onaj korisnik koji je namjerno prouzrokovao smrt osiguranika.

8) Pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju krivičnog djela sa predumišljajem kao i pri bijegu poslije takve radnje.

9) Usljed dokazane uzročne veze između djelovanja narkotičnih sredstava ili alkoholisanog stanja osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja.



Alkoholisanim stanjem se smatra ako je u krvi osiguranika utvrđeno prisustvo alkohola više od 0,5 ‰ (10,85 mmol) kod vozača, a kod ostalih više od 1,00 ‰ (21,70 mmol).

(3) Ugovor o osiguranju je ništavan, ako je u času njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj, ili je taj bio u nastupanju ili je bilo izvjesno 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. Uplaćena premija se vraća ugovaraču, umanjena za troškove osiguravača.

PLAĆANJE I POSLJEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Član 11.

(1) Ugovarač je dužan platiti premiju unaprijed, ako nije drugačije ugovoreno, odjednom za svaku godinu osiguranja. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim obrocima, osiguravač ima pravo na premiju za cijelu godinu trajanja osiguranja. Osiguravač ima pravo da sve nenaplaćene premijske obroke iz tekuće godine osiguranja naplati prilikom ma koje isplate iz osnova dotičnog osiguranja.

(2) Premija se plaća osiguravaču ili njegovom predstavniku ili se dostavlja putem pošte ili banke. Ako se premija plaća putem pošte smatra se da je plaćena u 24,00 časa onoga dana kada je uplaćena na pošti, a ako je plaćena putem banke smatra se da je uplaćena u 24,00 časa onog dana kada je nalog predat banci.

(3) Ako ugovarač osiguranja premiju koja je dospjela ne plati do ugovorenog roka, niti to učini koje drago zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku 30 dana od dana, kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premija, s tim da taj rok ne može isteći prije 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 prije ugovorenog isteka usljed isplate osigurane sume za slučaj smrti ili potpunog invaliditeta, premija ugovorena za cijelu tekuću godinu osiguranja pripada osiguravaču.

(5) U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju prije ugovorenog roka pripada osiguravaču premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje.

PROMJENA ZANIMANJA U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

Član 12.

(1) Ugovarač odnosno osiguranik dužan je prijaviti osiguravaču promjenu zanimanja.

(2) Ako promjena zanimanja utiče na promjenu opasnosti osiguravač će u slučaju povećanja

opasnosti predložiti povećanu premiju, a u slučaju manje opasnosti, smanjenje premije ili povećanje osiguranih suma. Ovako određene osigurane sume i premije važe od dana nastanka promjene zanimanja.

(3) Ukoliko ugovarač ne prijavi promjenu zanimanja niti prihvati povećanje odnosno smanjenje premije u roku od četrnaest dana, a nastane osigurani slučaj, osigurane sume će se smanjiti ili povećati u srazmjeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti.

PRIJAVA NESREČNOG SLUČAJA

Član 13.

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

1) da se prema mogućnostima odmah prijavi ljekaru odnosno da pozove ljekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i da odmah preduzme sve potrebne mjere radi liječenja, kao i da se pridržava ljekarskih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja.

2) da o nesrećnom slučaju pismeno obavijesti osiguravača u roku kada mu to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće,

3) da sa prijavom o nesrećnom slučaju pruži osiguravaču sva potrebna obavještenja i podatke naročito o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime ljekara koji ga je pregledao ili koji ga liječi, nalaze ljekara o vrsti tjelesne povrede, o nastalim eventualnim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima, (cl. 9. stav (1) tačka 4) ovih Uslova), koje je osiguranik eventualno imao još prije nastanka nesrećnog slučaja.

(2) Ako je nesrećni slučaj imao za posljedicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja dužan je da o tome pismeno obavijesti osiguravača i da o tome pribavi potrebnu dokumentaciju.

Troškovi za ljekarski pregled i izvještaj (početni i zaključni izvještaj ljekara, ponovni ljekarski pregled i nalaz specijaliste) i ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje nesrećnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju padaju na teret podnosioca zahtjeva.

Osiguravač ima pravo, da od osiguranika, ugovarača, korisnika ili bio kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja, kao i da na svoj trošak preduzima mjere u svrhu ljekarskog pregleda osiguranika preko svojih ljekara, ljekarskih komisija i zdravstvenih organizacija da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem.

UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA

Član 14.

(1) Ako je usljed nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika, korisnik je dužan da podnese policu, dokaz o uplaćenju premiji i dokaz da je smrt nastupila kao posljedica nesrećnog slučaja. Korisnik



koji nije ugovorom o osiguranju izričito predviđen, dužan je da podnese dokaz o svom pravu na

primanje osigurane sume.

(2) Ako je nesrećni slučaj imao za posljedicu invaliditet, osiguranik je dužan da podnese: polisu, dokaz o uplaćenju premiji, dokaz o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja i medicinsku dokumentaciju i dokaz o ustaljenim posljedicama - za određivanje konačnog procenta trajnog invaliditeta.

(3) Konačni procenat invaliditeta određuje osiguravač prema Tabeli za određivanje procenta trajnog

gubitka opšte sposobnosti (u daljem tekstu: Tabela). Ako neka posljedica ili gubitak organa nisu u tabeli predviđene, procenat invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koji su predviđeni u Tabeli.

Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzima se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.

(4) Kod višestrukih povreda pojedinih udova, kičme ili organa ukupni invaliditet na određenom udu ili

organu određuje se tako da za najveće oštećenje uzima procenat predviđen u Tabeli, od sljedećeg

najvećeg oštećenja uzima se polovina procenta predviđenog u tabeli itd. redom 1/4, 1/8 itd. Ukupni procenat ne može premašiti procenat koji je određen Tabelom invaliditeta za potpuni gubitak tog uda ili organa. Posljedice povrede prstiju sabiraju se bez primjene ovog principa.

(5) U slučajevima gubitka više udova ili organa usljed jednog nesrećnog slučaja procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ sabiraju se.

(6) Ako zbir procenata invaliditeta prema Tabeli zbog gubitka ili oštećenja više udova i organa usljed jednog nesrećnog slučaja iznosi više od 100%, isplata ne može biti veća od osigurane sume koja je ugovorena za slučaj potpunog invaliditeta.

(7) Ako je opšta radna sposobnost osiguranika bila trajno umanjena prije nastanka nesrećnog slučaja, obaveza osiguravača određuje se prema novom invaliditetu nezavisno od prethodnog, osim u sljedećim slučajevima:

1) ako je prijavljeni nesrećni slučaj prouzrokovao povećanje dotadašnjeg invaliditeta, obaveza

osiguravača se utvrđuje prema razlici u dijelu ukupnog procenta invaliditeta i prethodnog procenta,

2) ako osiguranik prilikom nesrećnog slučaja izgubi ili povrijedi više od već prije povrijeđenih udova ili organa, obaveza osiguravača utvrđuje se samo prema povećanom invaliditetu.

(8) Ako je osiguranik usljed nesrećnog slučaja privremeno nesposoban za rad, dužan je da o tome podnese potvrdu ljekara koji ga je liječio. Ova potvrda (izvještaj) mora sadržati: ljekarski nalaz sa potpunom dijagnozom, tačne podatke kada je započeto liječenje i od kojeg do kojeg dana osiguranik nije bio sposoban da obavlja svoje redovno zanimanje.

ISPLATA OSIGURANE SUME

Član 15.

(1) Osiguravač isplatuje osiguranu sumu odnosno odgovarajući dio ili ugovorenu dnevnu naknadu osiguraniku, odnosno korisniku u roku od 14 dana, pošto obaveza osiguravača i visina obaveze budu utvrđeni.

(2) Ako se isplata naknade vrši putem pošte ili banke smatra se da je izvršena u 24,00 časa onog dana kada je na pošti, odnosno u banci potvrđena uplata.

(3) Osiguravač je dužan da isplati ugovorenu osiguranu sumu odnosno naknadu, samo ako je nesrećni slučaj nastao za vrijeme trajanja osiguranja i ako su posljedice 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 poslije završenog liječenja u vrijeme kada je kod osiguranika u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posljedice nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema ljekarskom 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 vrijeme, osiguravač je

dužan na zahtjev osiguranika isplatiti iznos koji nesporno odgovara procentu invaliditeta za koji se već tada može na osnovu medicinske dokumentacije utvrditi da će trajno ostati.

Osiguravač neće isplatiti akontaciju prije nego što je utvrđena njegova obaveza s obzirom na okolnosti nastanka nesrećnog slučaja.

(6) Ako osiguranik umre prije isteka godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja od posljedice nesrećnog slučaja, a konačni procenat invaliditeta je bio već utvrđen, osiguravač isplaćuje iznos koji je ugovoren za slučaj smrti odnosno razliku između osigurane sume za slučaj smrti i iznosa koji je bio isplaćen prije toga na ime invaliditeta, ukoliko takva razlika postoji.

(7) Ako konačni procenat invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre usljed istog nesrećnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguraniku osiguranu sumu određenu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume ili eventualno već isplaćenog nespornog dijela (akontacije) ali samo tada ako je osiguranik umro najkasnije u roku od tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.

(8) Ako prije utvrđenog procenta invaliditeta u roku od tri godine od nastanka nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika iz bilo kojeg drugog uzroka osim navedenog u prethodnom stavu ovog člana visina obaveze osiguravača iz osnovna invaliditeta utvrđuje se na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.



(9) Ako nesrećni slučaj ima za posljedicu osiguranikovu prolaznu nesposobnost za rad, a u ugovoru o osiguranju je predviđena za taj slučaj isplata dnevne naknade, osiguravač isplaćuje osiguraniku ovu naknadu u ugovorenoj visini od dana označenog u polisi, a ukoliko taj dan nije određen, od prvog dana koji slijedi danu, kada je započeto liječenje kod ljekara ili zdravstvene ustanove do posljednjeg dana trajanja prolazne radne nesposobnosti, odnosno dana smrti ili utvrđenog invaliditeta, ali najviše za 200 dana.

Ako je prolazna nesposobnost za rad produžena iz bilo kojih zdravstvenih razloga, osiguravač je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za vrijeme trajanja bolovanja prouzrokovanog isključivo nesrećnim slučajem, bez obzira da li je bilo puno bolovanje ili sa skraćenim radnim vremenom.

(10) Ako nesrećni slučaj ima za posljedicu narušenje zdravlja osiguranika, koje zahtjeva ljekarsku pomoć, a ugovorena je i naknada troškova liječenja, osiguravač isplaćuje osiguraniku bez obzira na to da li ima ikakvih drugih posljedica, prema podnijetim dokazima naknadu svih stvarnih i nužnih troškova liječenja, učinjenih najduže u toku godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja a najviše do ugovorenog iznosa.

(11) U troškove liječenja po prethodnom stavu spada i nabavka vještačkih udova i zamjena zuba kao i nabavka pomagala, ako je sve to potrebno prema ocjeni ljekara. Osiguravač nije dužan da nadoknadi troškove liječenja, ako osiguranik ima pravo na besplatno liječenje u zdravstvenim ustanovama, odnosno osiguravač je u obavezi da nadoknadi onaj dio troškova liječenja, koje je snosio sam osiguranik.

(12) Ako kao dalja posljedica 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 liječenja.

ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

Član 16.

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

(2) Ako u polisi osiguranja posebnim ili dopunskim uslovima uz ove Opšte uslove nije ništa određeno, korisnici za slučaj osiguranikove smrti smatraju se po redovima:

1) osiguranikova djeca i bračni drug, s tim da im osigurana suma za slučaj smrti pripada na jednake dijelove;

2) osiguranikova djeca na jednake dijelove, ako nema bračnog druga;

3) osiguranikov bračni drag i njegovi roditelji, ako nema djece, tako da bračnom drugu pripada jedna polovina osigurane sume, za slučaj smrti, a druga polovina na jednake dijelove pripada roditeljima, ako su oba živa, odnosno onom roditelju koji je u životu;

4) njegov bračni drag, ako su oba roditelja osiguranika umrla prije njegove smrti, kojemu tada pripada cijela osigurana suma za slučaj smrti;

5) njegovi roditelji ili roditelj koji je u životu, ako nema bračnog draga i ako su oba roditelja živa, pripada im osigurana suma za slučaj smrti na jednake dijelove, a ako je samo jedan u životu njemu pripada ta suma u cijelosti;

6) njegov zakonski nasljednik ili nasljednici utvrđeni pravovaljanom sudskom odlukom, ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama.

(3) Bračni drug smatra se lice koje je bilo u braku sa osiguranikom u momentu njegove smrti.

(4) U slučaju invaliditeta, prolazne nesposobnosti za rad kao i naknade troškova liječenja, korisnik je sam osiguranik, ukoliko nije dragačije ugovoreno.

(5) Ako je korisnik osiguranja maloljetno lice, isplata osiguranih suma i naknada izvršite se njegovim roditeljima odnosno staratelju a osiguravač ima pravo od ovih lica zahtijevati da prethodno pribave ovlaštenje za prijem pripadajućeg iznosa osigurane sume odnosno naknade.

POSTUPAK VJEŠTAČENJA

Član 17.

(1) U slučaju da se osiguravač i osiguranik ili ugovarač, odnosno korisnik ne slože u pogledu vrste i obima posljedica nesrećnog slučaja ili u pogledu toga da li je i u kom obimu povreda osiguranika u uzročnoj vezi sa nesrećnim slučajem, mogu utvrđivanje ovih činjenica povjeriti dvojici vještaka – ljekara od kojih jednog imenuje osiguravač a drugog suprotna strana. Prije vještačenja ova dvojica vještaka biraju trećeg vještaka, koji će dati svoje stručno mišljenje i to samo o pitanjima koja ostanu sporna među vještacima i u granicama njihovih procjena.

(2) Svaka strana plaća troškove vještaka koga je imenovala, a trećem vještaku plaćaju obje strane po pola.

POSTUPAK PO PRIGOVORIMA

Član 18.

(1) U slučaju da se osiguravač i korisnik ne slože u pogledu vrste i obima posljedica nesrećnog slučaja ili u pogledu toga da li je i u kom obimu povreda osiguranika u uzročnoj vezi sa nesrećnim slučajem, korisnik osiguranja može, uložiti prigovor nadležnom sektoru - osiguravača.

OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

Član 19.

(1) Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju sa neodređenim trajanjem, ukoliko ugovor nije prestao po kom drugom osnovu. Otkaz se vrši pismenim putem najkasnije tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.



(2) Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina svaka strana može poslije ovog roka uz otkazni rok od šest mjeseci pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

ZASTARJELOST POTRAŽIVANJA

Član 20.

(1) Potraživanja iz ugovora o osiguranju od posljedica nesrećnog slučaja zastarjevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 21.

(1) Sastavni dio ovih Uslova je Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) osiguranika kao posljedice nesrećnog slučaja (nezgode). PRILOG

Član 22.

(1) Ovi Uslovi stupaju na snagu danom usvajanja, a primenjuju se sedmog dana od dana njihovog usvajanja.

(2) Stupanjem na snagu ovih Uslova, van snage se stavljaju Uslovi koji su usvojeni na 62. sjednici Upravnog odbora „Kosig Dunav osiguranje“ a.d. Banja Luka, održanoj dana 07.03.2007. godine.

Ovo izdanje Uslova važi od 13.09.2012. godine.