

**Opšti uslovi za osiguranje lica
od posledica nesrećnog slučaja (nezgode)**

U Beogradu, 12. avgusta 2025. godine

Na osnovu člana 58. stav 2 tačka 4) Zakona o osiguranju („Sl.glasnik RS“ 139/2014 i 44/2021) i na osnovu člana 33. stav 2 tačka 4. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd (u daljem tekstu: Društvo), Izvršni odbor Društva je na sednici održanoj dana 12.08.2025. godine, doneo sledeće:

OPŠTE USLOVE ZA OSIGURANJE LICA OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE)

Uvodne odredbe

Član 1.

Ugovor o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) koji Ugovarač osiguranja zaključi sa Akcionarskim društvom za osiguranje Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd (u daljem tekstu: „Osiguravač“) kao prilog i sastavni deo sadrži Opšte uslove za osiguranje lica od posledice nesrećnog slučaja (nezgode) (u daljem tekstu: „Uslovi“).

Ovim Uslovima regulišu se prava i obaveze između Ugovarača osiguranja i Osiguravača i to za slučaj:

- smrti koja nastupi kao posledica nesrećnog slučaja,
- trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta),
- smrti usled saobraćajne nezgode,
- povrede na radu,
- hirurške intervencije usled nezgode,
- narušavanje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć (troškovi lečenja),
- bolnički dan,
- preloma kosti usled nesrećnog slučaja,
- prolazne nesposobnosti za rad (dnevna naknada).

Drugi osigurani slučajevi mogu biti posebno ugovoreni i regulisani su dopunskim i posebnim uslovima osiguranja.

Značenje pojedinih izraza

Član 2.

Pojedini izrazi u ovim Uslovima imaju sledeće značenje:

Osiguravač - Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd

Ugovarač osiguranja - fizičko ili pravno lice koje sa Osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja za sebe ili neko treće lice (u daljem tekstu: „Ugovarač osiguranja“ ili „Ugovarač“);

Ponuda - pisana ili usmena izjava volje kojom se traži zaključenje ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja;

Ponuđač - fizičko lice ili pravno lice koje izjavi (usmeno ili pismeno) da, u svoje ime i za svoj račun ili za račun nekog trećeg lica, želi da zaključi ugovor o osiguranju;

Osiguranik - fizičko lice od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume, odnosno naknade;

Korisnik - lice kome Osiguravač na osnovu ugovora o osiguranju isplaćuje osiguranu sumu, odnosno naknadu;

Polisa osiguranja - pisana isprava (na obrascu koji utvrđuje Osiguravač) o zaključenom ugovoru o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja;

List pokrića - pisana isprava o naplaćenju premiji ili o primljenoj prijavi za osiguranje;

Potvrda - pisana isprava o naplaćenju premiji ili o primljenoj prijavi za osiguranje;

Osigurana suma - maksimalni iznos obaveze Osiguravača ugovoren na polisi za svaki osigurani slučaj;

Premija osiguranja - novčani iznos koji je Ugovarač osiguranja dužan da plati za ugovoreno osiguranje;

Osigurani slučaj - budući, neizvestan i od volje osiguranika nezavisan štetni događaj koji ima za posledicu nezgodu ili smrt osiguranog lica;

Porodica - bračni/vanbračni partneri i njihova deca;

Domaćinstvo - sva lica koja žive i stanuju zajedno i koja zajednički troše ostvareni dohodak bez obzira na srodstvo.

**Predmet osiguranja
Član 3.**

Nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova smatra se svaki budući, neizvestan i od isključive volje Ugovarača nezavisan događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt, potpuni ili delimični invaliditet, hiruršku intervenciju koja je nastala kao posledica nesrećnog slučaja, povredu na radu, prolaznu nesposobnosti za rad ili narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć.

U smislu prethodnog stava, nesrećnim slučajem smatraju se događaji koji nastanu usled:

1. gaženja,
2. sudara,
3. udara kakvim predmetom ili o kakav predmet,
4. udara električne 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 životinje ili uboda insekta (izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest),
9. trovanje hranom koje za posledicu ima smrt osiguranika,
10. infekcija povrede prouzrokovane nezgodom (izuzev ako je infektivna bolest prouzrokovana ubodom insekta),
11. trovanje usled udisanja gasova ili otrovnih para (izuzev profesionalnih oboljenja),
12. opekotine izazvane vatrom,
13. elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, bazama, kiselinama i sl., davljenja ili utopljenja,
14. gušenja ili ugušenja usled zatrpavanja zemljom, peskom i sl.
15. prsnuće mišića, iščašenja, prsnuće zglobnih veza, prelom zdravih kostiju koji nastane 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. delovanje rendgenskih i radijacijskih zraka ako do tog dođe naglo i iznenada (izuzev profesionalnih bolesti).

Ne smatraju se nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova:

1. sve zarazne, profesionalne, mentalne i ostale bolesti, kao i posledice psihičkih uticaja;
2. trbušne kile, kile na pupku, 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 alergije, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože;
4. anafilaktički šok, osim ako nastupi prilikom lečenja od nastalog nesrećnog slučaja;
5. hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, išijalgija, fibrozitis i sve promene slabinsko - krstačne regije označene analognim terminima;
6. odlepljene mrežnjače (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promenjenog oka, a izuzetno se priznaje odlepljenje mrežnjače prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi direktne spoljne ozlede očne jabučice utvrđeni u zdravstvenoj ustanovi;
7. posledice koje nastanu kod osiguranika zbog delirijum tremensa i delovanja droge;
8. posledica medicinskih, naročito operativnih zahvata 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;
10. sistemske neuromuskulatorne bolesti i endokrine bolesti.

Naknada nematerijalne štete po osnovu pretrpljenih fizičkih bolova, straha, umanjenja opšte životne aktivnosti, dužine trajanja lečenja, estetske naruženosti, isplata rente i sl. nije pokrivena osiguranjem, odnosno ista nije predmet osiguranja po polisi osiguranja lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode).

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 4.

Ugovor o osiguranju se može zaključiti na osnovu pisane ponude, a zaključen je kad Ugovarač osiguranja i Osiguravač potpišu polisu osiguranja. Svi dodaci ugovoru mogu biti zaključeni samo u pisanoj formi.

Pisana ponuda za osiguranje obavezuje ponuđača, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kada je ponuda prispela Osiguravaču. Ako Osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatra se da je ponudu prihvatio i da je ugovor zaključen danom prispeća ponude Osiguravaču. Ako Osiguravač ponudu za osiguranje prihvati samo pod posebnim uslovima, osiguranje se smatra zaključenim danom kada je ponuđač pristao na izmenjene uslove. Smatra se da je ponuđač odustao od ponude ako na izmenjene uslove ne pristane u roku od osam dana od dana prijema preporučenog obaveštenja Osiguravača.

Sposobnost za osiguranje

Član 5.

Po ovim Uslovima za slučaj smrti usled nezgode i smrti usled saobraćajne nezgode mogu se osigurati lica od navršene 14 godine života. Lica mlađa od 14 godina i lica potpuno lišena poslovne sposobnosti ne mogu biti osigurana za slučaj smrti usled nezgode i smrti usled saobraćajne nezgode. Za lica od 14 do 18 godina za punovažnost osiguranja za slučaj smrti usled nezgode i smrti usled saobraćajne nezgode potrebna je pisana saglasnost njegovog zakonskog zastupnika.

Ugovarač osiguranja je u obavezi da obavesti osiguravača o licima mlađim od 14 godina i licima potpuno lišenim poslovne sposobnosti, a koje želi da osigura. U tom slučaju, Osiguravač za lica potpuno lišena poslovne sposobnosti, i za lica mlađa od 14 godina, neće uključiti rizik smrti usled nezgode, smrt usled saobraćajne nezgode.

Ukoliko je ugovorena i naplaćena premija za rizik smrti usled nezgode, a osiguravač prilikom zaključenja ugovora o osiguranju nije imao na raspolaganju podatak o broju lica mlađih od 14 godina i lica potpuno lišenih poslovne sposobnosti, osiguravač će u roku od 14 dana po saznanju da je takva lica osigurao, vratiti ugovaraču premiju koja pripada riziku smrti usled nezgode.

Lica čija je opšta radna sposobnost umanjena usled neke teže bolesti, težih telesnih mana ili nedostataka, mogu se osigurati kao abnormalni rizici uz naplatu odgovarajuće uvećane premije osiguranja.

Lica potpuno lišena poslovne sposobnosti ne mogu se osigurati po ovim Uslovima, izuzev kada je to zakonom drugačije određeno (obavezno osiguranje putnika u javnom saobraćaju).

Rizik povrede na radu se ne može ugovoriti za članove porodice osiguranih zaposlenih, ukoliko nisu i sami zaposleni kod Ugovarača osiguranja.

Trajanje osiguranja

Član 6.

Osiguranje se može zaključiti sa određenim rokom trajanja:

- kratkoročno (1 godina ili kraće) i
- dugoročno (višegodišnja).

Ako drugačije nije ugovoreno, osiguranje počinje u 24:00 sata onog dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja i prestaje u 24:00 sata onog dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

Ako rok trajanja nije određen ugovorom, svaka strana može raskinuti ugovor sa danom dospelosti premije, obaveštavajući

pismenim putem drugu stranu najkasnije tri meseca pre dospelosti premije.

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

1. nastupi smrt usled nezgode osiguranika ili bude ustanovljen invaliditet osiguranika od 100%;
2. osiguranik postane poslovno nesposoban;
3. ugovor o osiguranju bude raskinut u smislu člana 16 Uslova;
4. protekne rok iz člana 9, a premija do tog roka ne bude plaćena;
5. ugovor o osiguranju postane ništav.

Osigurani rizici

Član 7.

Rizici koji se mogu ugovoriti ovim osiguranjem:

1. smrt usled nezgode,
2. invaliditet (trajni ili delimični),
3. smrt usled saobraćajne nezgode,
4. povreda na radu,
5. hirurške intervencije usled nezgode,
6. narušavanje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć (troškovi lečenja),
7. bolnički dan.
8. prelom kosti usled nesrećnog slučaja,
9. prolazna nesposobnost za rad (dnevna naknada),

Smrt osiguranika koja nastane kao posledica nesrećnog slučaja podrazumeva isplatu ugovorene osigurane sume za slučaj smrti.

Ako nesrećni slučaj ima za posledicu **trajni invaliditet**, Osiguraniku se isplaćuje osigurana suma za trajni invaliditet ugovorena na polisi.

Kod **delimičnog invaliditeta**, obim obaveze Osiguravača je procenat od osigurane sume ugovorene za rizik trajnog invaliditeta koji odgovara utvrđenom procentu invaliditeta iz Tabele. Procenat invaliditeta određuje se prema Tabeli invaliditeta 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. Ako je za utvrđivanje visine obaveze Osiguravača potrebno određeno vreme, Osiguravač je dužan da, na zahtev osiguranika, isplati iznos koji odgovara procentu invaliditeta za koji se može nesporno utvrditi, na osnovu medicinske dokumentacije, da će trajno ostati.

U slučaju da neka posledica nezgode nije predviđena Tabelom invaliditeta, procenat trajnog invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima iz Tabele invaliditeta.

Osiguravač neće isplatiti akontaciju pre nego što je utvrđena njegova obaveza s obzirom na okolnosti nastanka nesrećnog slučaja. Ako nastupi smrt osiguranika pre isteka godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja od posledica nesrećnog slučaja, a konačni procenat invaliditeta je već bio utvrđen, Osiguravač isplaćuje iznos koji je 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 premine 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 preminuo najkasnije u roku od tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.

Ako pre utvrđenog procenta invaliditeta u roku od 3 godine od nastanka nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika iz bilo kog drugog uzroka a ne usled istog nesrećnog slučaja, visina obaveze Osiguravača iz osnova invaliditeta utvrđuje na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.

Pri utvrđivanju procenta invaliditeta ne uzimaju se u obzir socijalni položaj, zanimanje i druge osobine i statusi osiguranika.

Smrt usled saobraćajne nezgode je gubitak života Osiguranika kao učesnika u saobraćaju. Pod učesnikom u saobraćaju se podrazumeva svako lice koje na bilo koji način učestvuje u saobraćaju, u svojstvu vozača motornog vozila, putnika u motornom vozilu, pešaka, bicikliste, vozača električnog vozila ili bilo kog drugog prevoznog sredstva.

Pešak kao Osiguranik je dužan da se pri prelazanju puta kreće pešačkim prelazom, odnosno prolazom, ako oni nisu od njega udaljeni više od 100 metara.

Obaveza Osiguravača je da u slučaju smrti Osiguranika usled saobraćajne nezgode isplati osiguranu sumu navedenu na

polisi.

Isplatom osigurane sume u slučaju smrti usled saobraćajne nezgode ne umanjuje se isplata osigurane sume za slučaj smrti usled nesrećnog slučaja.

U slučaju smrti Osiguranika usled saobraćajne nezgode, osigurana suma isplaćuje se zakonskim naslednicima ili licu koje je osiguranik naveo kao korisnika osiguranja. Ukoliko je Osiguranik maloletno lice, naknada se isplaćuje roditeljima/starateljima.

Ukoliko smrt osiguranika nastupi u roku od tri godine od posledice saobraćajne nezgode nastale u toku trajanja polise, Osiguravač će isplatiti osiguranu sumu za smrt usled saobraćajne nezgode.

Povredom na radu, u smislu Zakona o bezbednosti i zdravlja na radu, smatra se povreda osiguranika koja se dogodi u prostornoj, vremenskoj i uzročnoj povezanosti sa obavljanjem posla po osnovu koga je osiguran, prouzrokovana neposrednim i kratkotrajnim mehaničkim, fizičkim ili hemijskim dejstvom, naglim promenama položaja tela, iznenadnim opterećenjem tela ili drugim promenama fiziološkog stanja organizma.

Povredom na radu smatra se i povreda prouzrokovana na način koji osiguranik/zaposleni pretrpi pri obavljanju posla na koji nije raspoređen, ali koji obavlja u interesu poslodavca kod koga je zaposlen, kao i povreda koju pretrpi na redovnom putu od stana do mesta rada ili obrnuto, na putu preduzetom radi izvršavanja službenih poslova i na putu preduzetom radi stupanja na rad, kao i u drugim slučajevima utvrđenim zakonom.

Povreda na radu utvrđuje se na osnovu izveštaja o povredi na radu koji se dostavlja Republičkom fondu, radi utvrđivanja postojanja povrede na radu i ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Nakon ocene prvostepene komisije, Republički fond utvrđuje povredu na radu i obaveštava poslodavca o priznavanju povrede na radu. Ukoliko je utvrđena povreda na radu od strane RFZO-a, u smislu Zakona o bezbednosti i zdravlja na radu, bez obzira da li ona kao posledicu ima trajni invaliditet ili ne, osiguraniku se isplaćuje naknada u skladu sa Tabelom povreda na radu.

U slučaju nastanka **hirurške intervencije usled nezgode**, naknada se utvrđuje u odnosu na težinu hirurške intervencije i to:

1. Za hirurške intervencije koje je moguće izvršiti ambulantno i za koje nije potrebno stacionarno lečenje, isplaćuje se 50% od ugovorene osigurane sume (npr. posekotine, rane od ujeda pasa i sl.);
2. Za hirurške intervencije za koje je potrebno stacionarno lečenje, isplaćuje se 100% ugovorene osigurane sume (npr. operativno lečenje preloma kostiju, operativno lečenje abdomena i sl).

Ukupan iznos naknade iz osiguranja po osnovu hirurških intervencija ne može biti viši od osigurane sume, bez obzira na broj i vrstu hirurških intervencija.

Ukoliko je usled nesrećnog slučaja došlo do **preloma kosti** Osiguravač jednokratno isplaćuje ugovorenu osiguranu sumu za lom kosti.

Dnevna naknada - Ako nesrećni slučaj ima za posledicu 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 ako taj dan nije određen, od prvog dana koji sledi danu kada je započeto lečenje kod lekara ili zdravstvene ustanove do poslednjeg dana trajanja prolazne nesposobnosti, odnosno dana smrti ili utvrđenog invaliditeta, ali najviše 200 dana.

Ako je prolazna nesposobnost za rad produžena iz bilo kojih zdravstvenih razloga, Osiguravač je dužan da isplati dnevnu naknadu samo za vreme trajanja bolovanja prouzrokovanog nesrećnim slučajem, ali i u tom slučaju najviše za 200 dana.

Naknada troškova lečenja - Ako nesrećni slučaj ima za posledicu narušenje zdravlja osiguranika koje zahteva lekarsku pomoć, a ugovorena je i naknada troškova lečenja, osiguravač isplaćuje sve stvarne i nužne troškove lečenja, nastale u državnim zdravstvenim ustanovama, ali najviše do osigurane sume navedene u polisi. U te troškove se ubraja i lečenje u lečilištima, samo ako je osiguranik tamo bio upućen u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju u vezi sa korišćenjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Troškovi moraju biti nužni, neophodni i po preporuci lekara. Troškovi lečenja u smislu ovih uslova ne obuhvataju troškove koji su nastali proizvoljno, po volji i mišljenju samog osiguranika.

U troškove lečenja iz prethodnog stava spada i nabavka veštačkih udova, zamena zuba, nabavka ostalih pomagala, troškovi lekova kupljeni u apoteci, ako je sve to potrebno po oceni lekara. Ne postoji obaveza Osiguravača da naknadi troškove lečenja ako osiguranik ima pravo na besplatno lečenje u zdravstvenim ustanovama, odnosno Osiguravač je obavezan da naknadi onaj deo troškova lečenja koje snosi sam osiguranik.

Iznos naknade za **bolnički dan** isplaćuje se za svaki dan proveden na lečenju u ustanovama stacionarnog tipa, uključujući i dane vikenda, počev od dana nastanka nesrećnog slučaja, ali najviše za 30 dana.

Ako kao dalja posledica nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika ili invaliditet, Osiguravač isplaćuje korisniku osiguranja, odnosno osiguraniku odgovarajući iznos osigurane sume sa slučaj smrti, odnosno invaliditeta, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za prolaznu nesposobnost za rad i isplaćenu naknadu troškova lečenja.

U slučajevima kada je Tabelom invaliditeta određeno da će se trajni invaliditet ceniti tek po proteku predviđenog vremenskog intervala, Osiguravač će isplatiti osiguranu sumu, odnosno odgovarajući deo osigurane sume, valorizovan za

period od momenta nastanka nesrećnog slučaja do momenta kada se, u smislu Tabele invaliditeta, može ceniti trajni invaliditet za konkretnu povredu.

Zaposleni koji rade od kuće imaju ista prava i obaveze kao i kada se posao obavlja u prostorijama poslodavca, pri čemu treba uzeti u obzir mere za održavanje kontakata i praćenje dobrobiti, bezbedne uslove za rad od kuće i ugovoreno radno vreme, s tim da se pauza, odnosno odmor u toku dnevnog rada koristi na uobičajen način kao kada se posao obavlja u prostorijama poslodavca.

Isključenje obaveza Osiguravača

Član 8.

Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je nesrećni slučaj nastao:

1. usled zemljotresa;
2. usled događaja koji se direktno pripisuju ratu, invaziji stranog neprijatelja, ratnim aktivnostima (bez obzira da li je rat objavljen ili ne), građanskom ratu, ustanku, pobuni ili revoluciji;
3. pri upravljanju vazduhoplovima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenja vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazduhoplova, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Odredbe tačke 3. 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 u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave preduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlašćenog stručnog lica;
4. usled pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga;
5. ukoliko osigurani slučaj nastane usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola ili narkotičnih sredstava na Osiguranika u trenutku nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se da je nesrećni slučaj nastao usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola i psihoaktivnih supstancina Osiguranika:
 - ukoliko je Osiguranik koji je učesnik u saobraćaju, u trenutku nastanka nesrećnog slučaja bio pod dejstvom psihoaktivnih supstanci ili imao veću količinu alkohola u krvi od količine koja je propisana kao dozvoljena odredbama Zakona o bezbednosti saobraćaja na putevima;
 - ako je utvrđena alkoholisanost Osiguranika;
6. usled toga što je Ugovarač osiguranja, osiguranik ili korisnik namerno ili prevarom prouzrokovao nesrećni slučaj;
7. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje;
8. Isključena je obaveza Osiguravača ako je nesrećni slučaj imao za posledicu prelom kosti koji je nastao pod dejstvom traume na patološki izmenjenu kost (patološki prelomi) u okviru sistemskih oboljenja, kao što su:
 - a) rahitis;
 - b) osteomalacija;
 - c) poremećaji metabolizma kalcijuma i fosfora i slična stanja ili u okviru lokalnih koštanih oboljenja kao što su koštane ciste;
 - d) primarni koštani tumori;
 - e) metastaze u kostima;
 - f) osteomijelitis;
 - g) ehinokokus;
 - h) koštana tuberkuloza;
 - i) druge bolesti kostiju;
9. usled učestvovanja osiguranika u fizičkom obračunu, osim u slučaju dokazane samoodbrane;
10. pri upravljanju vozilom koje nema dozvolu za upotrebu (koje nije registrovano, odnosno kome je istekla registracija) ili ukoliko vozač ne poseduje odgovarajuću dozvolu ili licencu, osiguravač nema obavezu u slučaju smrti usled saobraćajne nezgode.

Ugovor o osiguranju je ništav, 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 mogućnosti da on nastane, a uplaćena premija se vraća Ugovaraču osiguranja.

Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća (uvećana) premija osiguranja, ugovorene osigurane sume

smanjuju se srazmerno premiji koju je trebalo platiti prema stvarno plaćenju premiji, kada nesrećni slučaj nastane:

1. pri upravljanju i vožnji avionom i 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 javnom sportskom takmičenju 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, speleološka istraživanja, podvodni ribolov, automobilske i motociklističke brzinske trke, motokros, gocard;
4. usled ratnih događaja i oružanih sukoba u kojima se nađe osiguranik izvan granica Republike Srbije, s tim da osiguranik nije aktivno učestvovao u ratu, odnosno u tim oružanim akcijama;
5. kod lica koja predstavljaju abnormalni rizik usled toga što su preležale neku težu bolest, ili su u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju bila teže bolesna ili su opterećena nekom urođenom ili stečenom manom ili nedostacima. Kao abnormalni rizik smatraju se lica koja imaju mane, nedostatke ili bolest usled kojih je njihova opšta radna sposobnost umanjena za preko 50%.

Plaćanje premije osiguranja

Član 9.

Ugovarač osiguranja dužan je da plati premiju osiguranja u skladu sa ugovorenim dinamikom plaćanja.

Ako je osiguranje ugovoreno sa naznakom imena osiguranika, za novoprimitljene članove, izdavanjem Aneksa polise osiguranja, Osiguravač obračunava, a Ugovarač osiguranja plaća dodatnu premiju. U slučaju prestanka osiguranja za pojedinog Osiguranika, izdavanjem Aneksa polise osiguranja Osiguravač obračunava premiju koju vraća Ugovaraču osiguranja.

Ako je osiguranje ugovoreno bez naznake imena osiguranika, Osiguravač vrši konačni obračun, na osnovu koga se vrši naplata dodatne premije (ukoliko je prosečan broj osiguranika po mesecima tokom trajanja osiguranja bio veći od broja osiguranika za koji je polisom obračunata premija), odnosno vrši povrat premije (ukoliko je prosečan broj osiguranika po mesecima tokom trajanja osiguranja bio manji od broja osiguranika za koji je polisom obračunata premija).

Premija se plaća Osiguravaču. Ako se premija plaća putem banke ili druge platne institucije, smatra se da je uplaćena istekom 24-tog sata onoga dana kada je nalog predat banci, odnosno platnoj instituciji.

Ako Ugovarač osiguranja ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu po isteku roka od 30 dana od kada je Ugovaraču osiguranja uručeno poštom preporučeno, ili na drugi dogovoreni način dostavljeno pismo Osiguravača, sa obaveštenjem o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći pre nego što protekne trideset dana od dospelosti premije.

Ako je osiguranje prestalo pre ugovorenog isteka zbog isplate osigurane sume za slučaj smrti ili potpunog invaliditeta, premija ugovorena za celu tekuću godinu osiguranja pripada Osiguravaču.

U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju pre ugovorenog roka Osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje.

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

Prijava okolnosti značajnih za ocenu rizika

Član 10.

Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik dužan je da prijavi Osiguravaču promenu zanimanja, do koje dođe u toku trajanja osiguranja. Ukoliko ova promena utiče na promenu rizika, Osiguravač će u slučaju povećanja opasnosti predložiti povećanu premiju, a u slučaju manjeg rizika, smanjenje premije ili povećanje osiguranih suma. Novoodređene osigurane sume i premije važe od dana nastanka promene poslova i radnih zadataka osiguranika. Ukoliko Ugovarač osiguranja ne

pristane na novu premiju osiguranja u roku od četrnaest dana od dana prijema predloga nove premije, ugovor prestaje po samom zakonu.

Ako je povećanje rizika toliko da Osiguravač ne bi zaključio ugovor da je takvo stanje postojalo u času njegovog zaključenja, on može raskinuti ugovor.

Ukoliko Ugovarač ne prijavi promenu zanimanja niti prihvati povećanje, odnosno smanjenje premije u roku od 14 dana, a nastane osigurani slučaj, naknada će se smanjiti ili povećati u srazmeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti prema povećanom odnosno smanjenom riziku.

Prijava i rešavanje odštetnog zahteva

Član 11.

Osiguranik koji je usled nesrećnog slučaja, povređen dužan je:

1. da se prema mogućnostima odmah prijavi lekaru, odnosno pozove lekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i da odmah preduzme sve potrebne mere radi lečenja, kao i da se pridržava lekarskih saveta i uputa u pogledu načina lečenja;
2. da o nesrećnom slučaju pisanim putem obavesti Osiguravača bez odlaganja, čim to prema zdravstvenom stanju bude moguće;
3. da uz prijavu o nesrećnom slučaju 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 (u smislu čl. 10. tačka 5. ovih Uslova), koje je osiguranik eventualno imao i pre nastanka nesrećnog slučaja.

Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja je dužan da o tome pisanim putem obavesti Osiguravača i da pribavi potrebnu dokumentaciju. Troškovi za lekarski pregled i potrebnu medicinsku dokumentaciju, ponovni pregled i nalaz specijaliste, kao i ostali troškovi učinjeni u cilju dokazivanja nesrećnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnosioca zahteva. Osiguravač ima pravo da od osiguranika, Ugovarača osiguranja, korisnika ili drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja, kao i da uputi osiguranika na lekarski pregled kod lekara ili lekarskih komisija i odgovarajućih zdravstvenih ustanova, kako bi se utvrdile okolnosti od značaja za osnov i visinu obaveza iz nastalog nesrećnog slučaja.

Utvrđivanje prava korisnika osiguranja

Član 12.

Ako je usled nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika, korisnik osiguranja je dužan da podnese dokaz o osiguranju, dokaz o plaćenju premije, kao i dokaz da je smrt nastupila kao posledica nesrećnog slučaja. Korisnik koji nije u ugovoru o osiguranju izričito određen, dužan je da pored navedene dokumentacije, podnese i dokaz o svom pravu na naknadu iz osiguranja.

Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu invaliditet, osiguranik je dužan da podnese: dokaz o osiguranju, dokaz o plaćenju premije, dokaz o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja, medicinsku dokumentaciju na osnovu koje se može odrediti konačni procenat trajnog invaliditeta.

Konačni procenat trajnog invaliditeta određuje Osiguravač prema Tabeli za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) kao posledice nesrećnog slučaja (u daljem tekstu: Tabela). Ako neka posledica ili gubitak organa nisu predviđeni u Tabeli procenat invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koja su predviđena u Tabeli. Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzima se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.

Kod višestrukih povreda pojedinih udova, kičme ili organa ukupni invaliditet na određenom udu ili organu određuje se tako da se za najveće oštećenje uzima procenat predviđen u Tabeli, od sledećeg najvećeg oštećenja uzima se polovina procenta predviđenog u Tabeli, itd. redom (1/4, 1/8 itd.). Ukupni procenat ne može premašiti procenat koji je određen Tabelom invaliditeta za potpuni gubitak tog uda ili organa. Posledice povrede prstiju sabiraju se bez primene ovog principa.

Ocena invaliditeta za različite posledice na jednom zglobu gornjih i donjih ekstremiteta se ne sabiraju, a invaliditet se određuje po onoj tački koja daje veći procenat, izuzev kolena, gde se primenjuje princip prethodnog člana, s tim što izbor procenata za pojedina oštećenja ne može preći ukupno 30% invaliditeta.

Prilikom primene određenih tačaka iz Tabele invaliditeta za jednu posledicu primenjuje se na istim organima ili ekstremitetima ona tačka koja određuje najveći procenat, odnosno nije dozvoljena primena dve tačke za isto funkcionalno oštećenje, odnosno posledicu.

U slučaju gubitaka više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja, procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ sabiraju se. Ako tako dobijeni zbir iznosi više od 100% osiguraniku se vrši isplata samo do iznosa ugovorene osigurane sume za slučaj potpunog invaliditeta.

Ako je usled saobraćajne nezgode nastupila smrt osiguranika, korisnik osiguranja dužan je da podnese dokaz o osiguranju, dokaz o plaćenju premiji, kao i dokaz da je smrt nastupila kao posledica saobraćajne nezgode. Korisnik osiguranja koji nije u ugovoru o osiguranju izričito određen, dužan je da pored navedene dokumentacije, podnese i dokaz o svom pravu na naknadu iz osiguranja.

Ako je opšta radna sposobnost osiguranika bila trajno umanjena pre nastanka nesrećnog slučaja, obaveza osiguravača određuje se prema novom invaliditetu nezavisno od ranijeg, osim u sledećim slučajevima:

1. ako je prijavljeni nesrećni slučaj prouzrokovao povećanje dotadašnjeg invaliditeta, obaveza osiguravača se utvrđuje prema razlici između ukupnog procenta invaliditeta i ranijeg procenta,
2. ako osiguranik prilikom nesrećnog slučaja izgubi ili povredi jedan od već pre povredjenih udova ili organa, obaveza osiguravača utvrđuje se samo prema povećanom invaliditetu.

Ukoliko se ostvari rizik povreda na radu, za utvrđivanje stepena invaliditeta koristi se Tabela invaliditeta. U skladu sa definisanim procentom invaliditeta, procenat nadoknade u odnosu na osiguranu sumu za rizik povrede na radu definisan je u sledećoj [Tabeli povreda na radu](#):

Stepen povrede	Procenat iz tabele invaliditeta	Procenat od osigurane sume
Lakše povrede	Bez invaliditeta	25% od osigurane sume
Teže povrede	Invaliditet do 20%	50% od osigurane sume
Teže povrede	Invaliditet 20% - 30%	75% od osigurane sume
Teže povrede	Invaliditet preko 30%	100% od osigurane sume
Smrt usled povrede na radu		100% od osigurane sume

Isplata osigurane sume Član 13.

Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu odnosno njen odgovarajući deo ili ugovorenu naknadu Osiguraniku odnosno Korisniku osiguranja u roku od 14 dana od kada je primio dokaze o postojanju visine obaveze.

Osiguravač je dužan da isplati ugovorenu osiguranu sumu, odnosno naknadu, samo ako je nesrećni slučaj nastao za vreme trajanja osiguranja i ako su posledice nesrećnog slučaja koje uzrokuju obavezu Osiguravača nastupile u roku od godinu dana od dana nastanka nesrećnog slučaja.

Procenat invaliditeta određuje se prema Tabeli invaliditeta 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.

Ako je za utvrđivanje visine obaveze Osiguravača potrebno određeno vreme, Osiguravač je dužan da, na zahtev osiguranika, isplati iznos koji odgovara procentu invaliditeta koji se može nesporno utvrditi, na osnovu medicinske dokumentacije.

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

Ako nastupi smrt osiguranika pre isteka godinu dana od dana nastanka nesrećnog slučaja od posledica 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 premine usled istog nesrećnog slučaja, Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume i eventualno već isplaćenog nesponog dela (akontacija), ali samo ako je osiguranik preminuo najkasnije u roku od tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.

Ako pre utvrđenog procenta invaliditeta u roku od 3 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.

Ako nesrećni slučaj ima za posledicu 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 ako taj dan nije određen, od prvog dana koji sledi danu kada je započeto lečenje kod lekara ili zdravstvene ustanove, osim u slučaju kada je ugovorena karenca, pa do poslednjeg dana trajanja prolazne 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 da isplati dnevnu naknadu samo za vreme trajanja bolovanja prouzrokovanog nesrećnim slučajem bez obzira da li je bilo puno bolovanje ili sa skraćenim radnim vremenom, ali i u tom slučaju najviše za 200 dana.

Ako je ugovorom o osiguranju ugovoren i povrat troškova lečenja, Osiguravač će nadoknaditi osiguraniku - bez obzira na to ima li kakvih drugih posledica - po podnetim dokazima, sve stvarne i nužne troškove lečenja, ali najviše do sume navedene u polisi.

U te troškove se ubraja i lečenje u lečilištima, samo ako je osiguranik tamo bio upućen u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju u vezi sa korišćenjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Troškovi moraju biti nužni, neophodni i po preporuci lekara. Troškovi lečenja u smislu ovih uslova ne obuhvataju troškove koji su nastali proizvoljno, po volji i mišljenju samog osiguranika.

U troškove lečenja iz prethodnog stava spada i nabavka veštačkih udova, zamena zuba kao i nabavka ostalih pomagala, ako je sve to potrebno po oceni lekara. Ne postoji obaveza Osiguravača da naknadi troškove lečenja ako osiguranik ima pravo na besplatno lečenje u zdravstvenim ustanovama, odnosno Osiguravač je obavezan da naknadi onaj deo troškova lečenja koje snosi sam osiguranik.

Ukoliko je ugovoreno, iznos naknade za bolnički dan se isplaćuje za svaki dan proveden na lečenju u ustanovama stacionarnog tipa, uključujući i dane vikenda, počev od dana nastanka nesrećnog slučaja, ali najviše za 30 dana.

Ako kao dalja posledica nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika ili invaliditet Osiguravač isplaćuje korisniku osiguranja, odnosno osiguraniku odgovarajući iznos osigurane sume sa slučaj smrti, odnosno invaliditeta, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za prolaznu nesposobnost za rad i isplaćenu naknadu troškova lečenja.

U slučajevima kada je Tabelom invaliditeta određeno da će se trajni invaliditet ceniti tek po proteku predviđenog vremenskog intervala, Osiguravač će isplatiti osiguranu sumu, odnosno odgovarajući deo osigurane sume, valorizovan procentom koji će svojom odlukom utvrditi nadležni organ.

Određivanje korisnika osiguranja

Član 14.

Korisnik osiguranja za slučaj smrti usled nezgode Osiguranika može se odrediti u polisi.

Ukoliko u polisi nije određen korisnik osiguranja, korisnici osiguranja u slučaju osiguranikove smrti su:

1. osiguranikova deca i njegov bračni/vanbračni partner na jednake delove, a ako deca nisu živa, neće ili ne mogu biti korisnici osiguranja, njihovi potomci na jednake delove;
2. ako nema bračnog/vanbračnog partnera, osiguranikova deca na jednake delove;
3. ako nema dece ni njihovih potomaka, bračni/vanbračni partner i osiguranikovi roditelji. U tom slučaju bračnom/vanbračnom partneru pripada polovina osigurane sume, a druga polovina roditeljima. Ako nema jednog roditelja i njegovih potomaka osiguranja suma pripada drugom roditelju, odnosno njegovim potomcima. Ako nema bračnog/vanbračnog partnera ili neće/ne može da bude korisnik osiguranja, osigurana suma pripada roditeljima na jednake delove, odnosno njihovim potomcima ako nisu živi, neće/ne mogu biti korisnici osiguranja. Ako roditelji nemaju potomstva, a ne mogu ili neće da budu korisnici osiguranja, cela osigurana suma pripada bračnom/vanbračnom partneru;
4. ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama ovog stava, korisnici osiguranja su naslednici osiguranika na osnovu odluke nadležnog organa.

Bračnim/vanbračnim partnerom se smatra lice koje je bilo u braku/vanbračnoj zajednici sa osiguranikom u trenutku njegove smrti.

Za slučaj invaliditeta, prolazne nesposobnosti za rad, povrede na radu, hirurške intervencije koja nastane kao posledica nesrećnog slučaja, kao i za povrat troškova lečenja, korisnik osiguranja je osiguranik sam, ako nije drugačije ugovoreno.

Ako je korisnik osiguranja maloletno lice, naknada iz osiguranja se isplaćuje njegovom zakonskom zastupniku (roditeljima, odnosno staratelju). Osiguravač ima pravo da od staratelja zahteva da za tu namenu dostave na uvid ovlašćenje nadležnog organa starateljstva.

Kumuliranje naknade i osigurane sume **Član 15.**

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 naknadu iz osiguranja.

Pravo na raskid i odustanak od ugovora o osiguranju **Član 16.**

Ugovori o osiguranju zaključeni na određeno vreme, na period do godinu dana, mogu se raskinuti samo sporazumom obe ugovorne strane. Ako je zaključen višegodišnji ugovor o osiguranju sa trajanjem osiguranja na rok do 5 godina svaka ugovorana strana taj ugovor može raskinuti pre isteka roka na koji je zaključen i to sa danom isteka godine osiguranja za narednu godinu trajanja osiguranja uz otkazni rok koji ne može biti kraći od tri meseca. Ako je osiguranje zaključeno na duži rok od pet godina, svaka strana može uz otkazni rok od šest meseci, pisano izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

Ako Ugovarač osiguranja raskine ugovor za koji je dobio popust na višegodišnje ugovaranje, koji je obračunat na premiju osiguranja, dužan je da vrati Osiguravaču razliku premije u visini odobrenog popusta.

Ako rok trajanja osiguranja nije određen ugovorom, svaka ugovorna strana može raskinuti ugovor sa danom dospelosti premije, obaveštavajući pisanim putem drugu stranu, najkasnije tri meseca pre dospelosti premije.

U slučajevima raskida ugovora, u smislu odredaba ovog člana, ugovor o osiguranju prestaje da proizvodi pravno dejstvo po isteku dvadesetčetvrtog časa dana u kome je istekao otkazni rok po pisanoj izjavi bilo koje ugovorne strane do raskida ugovora o osiguranju.

Ugovorom se ne može isključiti pravo svake strane da raskine ugovor kako je napred navedeno.

U slučajevima u kojima prema Zakonu i ovim uslovima zbog raskida ugovora ili prestanka njegovog dejstva pre isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen, postoji obaveza Osiguravača da Ugovaraču osiguranja vrati premiju osiguranja za neiskorišćeni period trajanja osiguranja, obračun premije osiguranja za povrat premije vrši se po principu "pro skala" a prema sledećoj tabeli:

Kod osiguranja s trajanjem		Od godišnje premije
do	15 dana	15%
do	1 meseca	20%
do	2 meseca	30%
do	3 meseca	40%
do	4 meseca	50%
do	5 meseci	60%
do	6 meseci	70%
do	7 meseci	80%
do	8 meseci	90%
preko	8 meseci	100%

Izuzetno od odredbi iz prethodnog stava, Osiguravač nije u obavezi da izvrši povrat premije osiguranja ako je nastao osigurani slučaj do dana raskida, odnosno prestanka ugovora o osiguranju pre ugovorenog roka.

Ugovarač osiguranja ima pravo da odustane od ugovora zaključenog na daljinu, odnosno izvan poslovnih prostorija u roku od 14 dana od dana zaključenja ugovora, bez navođenja razloga i dodatnih troškova. Ugovarač osiguranja ostvaruje pravo na odustanak od ugovora izjavom koju može dati na posebnom obrascu za odustanak od ugovora zaključenog na daljinu, odnosno izvan poslovnih prostorija ili na drugi nedvosmislen način.

Ugovarač osiguranja nema pravo da odustane od ugovora ako se u periodu od 14 dana od dana zaključenja ugovora desio osigurani slučaj za koji je Osiguravač isplatio naknadu.

Ugovarač osiguranja nema pravo da odustane od ugovora ako je ugovor o osiguranju zaključen na period kraći od 30 dana.

Postupak veštačenja

Član 17.

U svim slučajevima u kojima ugovorne strane sporna pitanja koja se odnose na vrstu i obim posledica nesrećnog slučaja ne mogu da reše sporazumno, imaju pravo da zahtevaju veštačenje o ovim pitanjima, pri čemu svaka strana imenuje po jednog veštaka odgovarajuće struke.

Pre veštačenja ovi veštaci biraju trećeg, koji će dati svoje stručno mišljenje i to samo o pitanjima koja ostanu sporna među veštacima i u granicama njihovih procena. Svaka strana plaća troškove veštaka koga je imenovala, a trećem veštaku plaćaju obe strane po pola.

Nadležnost u slučaju spora

Član 18.

U slučaju spora nadležan je stvarno nadležan sud prema mestu sedišta Osiguravača.

Zastarelost potraživanja

Član 19.

Potraživanja iz ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) zastarevaju u rokovima definisanim Zakonom o obligacionim odnosima.

Važenje uslova osiguranja

Član 20.

Na sve odnose između ugovornih strana koji nisu regulisani ovim Uslovima, primenjujuće se pozitivni propisi Republike Srbije.

Završne odredbe**Član 21.**

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

Ovi Uslovi stupaju na snagu narednog dana od dana usvajanja, a primenjuju se počev od 18.08.2025. godine.

Stupanjem na snagu ovih Uslova stavljaju se van snage Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) od 18.08.2022. godine.