



SARAJEVO - OSIGURANJE d.d.

Na osnovu člana 162. Statuta Društva „SARAJEVO – OSIGURANJE“ d.d. Sarajevo broj 01-2163/18 od 26.06.2018. godine (OPU-IP 517/18 od 03.07.2018. godine), u skladu sa odredbama Zakona o osiguranju (Službene novine FBiH, broj 23/17) i u skladu sa članom 9. Odluke o dodatnoj dokumentaciji, vrsti i sadržaju akata poslovne politike koja se dostavljaju uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad (Službene novine FBiH, broj 84/17 i 15/19) i na osnovu saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja FBiH broj 01-06.3-059-3316/21 od 26.01.2022. godine, Uprava Društva „SARAJEVO – OSIGURANJE“ d.d. Sarajevo dana 07.02.2022. godine svojom odlukom broj 01-4191-1/21 donosi:

OPĆI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA OD POSLJEDICA NESRETNOG SLUČAJA (NEZGODE)

1. UVODNE ODREDBE

- (1) Opći uslovi za osiguranje lica od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) (u dalnjem tekstu: Opći uslovi) sastavni su dio ugovora o osiguranju lica od posljedica nesretnog slučaja, kojeg ugovarač osiguranja zaključi sa Sarajevosiguranjem d.d. (u dalnjem tekstu: Osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim Općim uslovima imaju sljedeća značenja:
 - 1) **Osiguravač** – Sarajevo-osiguranje d.d. sa kojim je zaključen ugovor o osiguranju;
 - 2) **Ugovarač** – fizičko ili pravno lice koje zaključuje ugovor o osiguranju sa Osiguravačem;
 - 3) **Osiguranik** – lice na koje se odnosi ugovor o osiguranju od posljedica nesretnog slučaja (nezgode);
 - 4) **Korisnik** – lice koje ima pravo na iznos sume osiguranja, odnosno naknade na osnovu ugovora o osiguranju;
 - 5) **Polisa** – isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
 - 6) **Suma osiguranja** – novčana naknada koju je Osiguravač obavezan isplatiti na osnovu ugovora o osiguranju, a po nastanku osiguranog slučaja;
 - 7) **Premija osiguranja** – je cijena rizika, odnosno osiguranja koju ugovarač – drugo zainteresirano lice plaća Osiguravaču za zaključeno osiguranje;

- 8) **Osigurani slučaj** – događaj prouzrokovani osiguranim rizikom koji je obuhvaćen osiguranjem i mora biti budući, neizvjestan događaj i nezavisan od isključive volje ugovarača osiguranja ili osiguranika;
- 9) **Karenca** - razdoblje na početku ugovorenog trajanja osiguranja za vrijeme kojeg Osiguravač nije u obavezi ako nastupi osigurani slučaj;
- 10) **Ponuda** – pisani dokument ponuđača osiguranja za sklapanje ugovora o osiguranju;
- 11) **List pokrića** - privremeni dokaz o zaključenom osiguranju koji sadrži bitne elemente ugovora o osiguranju;
- 12) **Tabela invaliditeta** – tabela za određivanje postotka trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode).

2. OPĆE ODREDBE

2.1. Predmet osiguranja

Član 1.

- (1) Ugovorom o osiguranju lica od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) ugovarač se obavezuje platiti određena novčana sredstva (premiju) Osiguravaču, a Osiguravač se obavezuje, ako se desi osigurani slučaj, isplatiti osiguraniku ili korisniku osiguranu sumu, odnosno njen dio.

- (2) Ovim Općim uslovima regulišu se odnosi ugovarača osiguranja i Osiguravača po ugovorenim oblicima osiguranja za slučaj:
- 1) smrti uslijed nesretnog slučaja (nezgode);
 - 2) trajnog gubitka opće radne sposobnosti (invaliditeta), potpunog ili djelimičnog uslijed nesretnog slučaja (nezgode);
 - 3) smrti uslijed bolesti;
 - 4) dnevne naknade za boravak u bolnici (bolnički dan) uslijed nesretnog slučaja (nezgode);
 - 5) naknade za slučaj prolazne nesposobnosti za rad od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) – bolovanje do 200 dana;
 - 6) smrti uslijed saobraćajne nezgode;
 - 7) iznenadne smrti uslijed bolesti;
 - 8) troškova liječenja uslijed nesretnog slučaja (nezgode) koje osiguranik mora sam snositi uslijed liječenja kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode);
 - 9) naknade za teško bolesna stanja;
 - 10) naknade za lom kostiju uslijed nesretnog slučaja (nezgode);
 - 11) troškove spašavanja uslijed nesretnog slučaja (nezgode);
 - 12) naknade za osigurani slučaj "hitnih hirurških intervencija/estetskih operacija";
 - 13) troškova kućne njegе uslijed nesretnog slučaja (nezgode);
 - 14) troškova drugog ljekarskog mišljenja kod specijalizovane zdravstvene ustanove u svijetu;
 - 15) rentne isplata naknade u slučaju invaliditeta većeg od 60 %.

(3) U polisi se obavezno kao osnovna osiguravajuća pokrića ugovaraju trajni invaliditet i smrt uslijed nesretnog slučaja, bez kojih nije moguće ugovoriti ostala osiguravajuća pokrića. Ostala osiguravajuća pokrića nije moguće samostalno ugovoriti.

(4) Sva obaveštenja i prijave, koje su ugovorne strane dužne učiniti u smislu odredbi Općih uslova, obavezno se imaju pismeno potvrditi, ako su učinjene usmeno, telefonom ili na koji drugi način.

(5) Kao dan prijema obaveštenja, odnosno prijave, smatra se dan kada je primljeno obaveštenje, odnosno prijava. Ako se obaveštenje, odnosno prijava šalju poštom preporučeno, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti.

(6) Sporazumi koji se odnose na sadržaj ugovora o osiguranju, punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku.

2.2. Zaključenje i vrste ugovora o osiguranju

Član 2.

- (1) Ugovor o osiguranju od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) zaključuje se na osnovu usmene ili pismene ponude.
- (2) Ugovor o osiguranju sklopljen je kada ugovarač i Osiguravač potpišu polisu osiguranja ili list

pokrića. Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovoru vrijede samo ako su sklopljeni u pisanim oblicima.

(3) Svi zahtjevi ili izjave podneseni su pravovremeno ako su podneseni u roku predviđenom odredbama ovih Općih uslova. Ako se zahtjev, odnosno izjava šalju poštom preporučeno, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti.

(4) U slučaju neslaganja neke odredbe Općih uslova i neke odredbe polise, primijeniti će se odredbe polise, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe polise i neke na polisi rukom pisane odredbe, primijeniti će se rukom pisane odredbe, parafirane i opečaćene od strane lica koje je izdalio polisu.

(5) Ugovarač osiguranja je kod sklapanja ugovora o osiguranju dužan prijaviti Osiguravaču sve okolnosti koje su značajne za ocjenu opasnosti i koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Ako je ugovarač osiguranja namjerno učinio netačnu prijavu ili namjerno prečutao neku okolnost takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, Osiguravač može zahtijevati poništenje ugovora o osiguranju u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netačnost prijave ili za prečutkivanje ili odbiti isplatu naknade iz osiguranja. Ako je ugovor poništen Osiguravač zadržava već uplaćene premije i ima pravo zahtijevati plaćanje premije za period važenja osiguranja.

(6) Ako je Ugovarač osiguranja slučajno prijavio nešto netačno ili nije posao dužno obaveštenje, Osiguravač može, po svom izboru u roku od mjesec dana od dana kada je saznao za netačnost ili nepotpunost prijave, javiti da raskida ugovor o osiguranju ili predlaže povećanje premije u srazmjeru sa većim rizikom. U takvom slučaju prestaje ugovor nakon isteka 14 (četrnaest) dana od dana kada je Osiguravač saopštilo ugovaraču osiguranja da raskida ugovor. Ako Osiguravač predlaže povećanje premije, a ugovarač ne prihvati povećanje premije u roku od 14 (četrnaest) dana od dana kada je primio obavijest, u takvom slučaju prestaje ugovor nakon isteka 14 (četrnaest) dana od dana kada je primio obavijest. U slučaju raskida ugovora o osiguranju ugovaraču osiguranja se vraća iznos premije za preostalo vrijeme trajanja osiguranja od dana prekida ugovora. Obračun neiskorištenog dijela premije vrši se po principu „pro rata temporis“ na ugovorenu premiju osiguranja, umanjen za troškove osiguravača.

(7) Odredbe stavova (5) i (6) odnose se i za slučajeve zaključenih ugovora o osiguranju u ime i za račun drugoga, ili u korist trećeg, ili za tudi račun, ili koga se tiče, ako su ova lica znala za netačnost prijave ili prečutkivanje okolnosti značajnih za procjenu rizika.

(8) Ako su Osiguravaču u trenutku zaključivanja ugovora o osiguranju bile poznate, ili mu nisu

mogle ostati nepoznate okolnosti koje su značajne za procjenu rizika, a koje je ugovarač osiguranja netačno prijavio ili prečutio, Osiguravač se ne može pozivati na netačnost ili prečutkivanje.

(9) Nakon prijave osiguranog slučaja Osiguravač može izjaviti da raskida ugovor ako je osiguranik prevarom pokušao ostvariti pravo na naknadu iz osiguranja.

(10) Osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) može se ugovoriti kao:

- 1) individualno osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode);
- 2) porodično osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode);
- 3) kolektivno/grupno osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode);

(11) Porodično osiguranje se može ugovoriti samo za članove domaćinstva. Domaćinstvom se smatra svaka porodica ili druga zajednica života, privređivanja i trošenja ostvarenog ukupnog dohotka svih članova domaćinstva (porodice) za podmirivanje osnovnih životnih potreba (stanovanje, hrana i drugo), bez obzira na stepen srodstva. Članovi domaćinstva (porodice) koji su osigurani moraju biti posebno navedeni u polisi osiguranja ili njenom prilogu. Svi članovi domaćinstva imaju iste iznose osiguranja za pojedine ugovorene osigurane slučajeve u polisi osiguranja.

2.3. Sposobnost za osiguranje

Član 3.

(1) U pravilu se mogu osigurati lica od navršene 14. do navršene 75. godine života. Lica mlađa od 14 godina i starija od 75 godina mogu biti osigurana samo po posebnim ili dodatnim uslovima.

(2) Lica čija je opšta radna sposobnost umanjena zbog neke teže bolesti, težih fizičkih mana ili nedostataka, osiguravaju se uz naplatu uvećane premije.

(3) Lica sa povećanim, abnormalnim rizikom, lica koja imaju urođene ili stečene tjelesne mane i nedostatke ili bolesti zbog kojih im je opšta radna sposobnost umanjena preko 50%, tj. utvrđena im je trajna invalidnost veća od 50%, osiguravaju se uz naplatu uvećane premije.

(4) Ne smatraju se povećanim, tj. abnormalnim rizikom lica:

- 1) čija je opšta radna sposobnost umanjena do 50%;
- 2) čija tjelesna težina odstupa od normalne težine;

(5) Duševno bolesna lica i lica potpuno lišena poslovne sposobnosti u svakom slučaju su isključena iz osiguranja, osim ako zakonom nije drugačije određeno.

(6) Ukoliko je Osiguranik tokom trajanja osiguranja dobio status lica koji ne može biti osigurano u smislu stava (5) ovog člana, osiguravajuće pokriće za to lice prestaje odmah, a time prestaje i ugovor

o osiguranju za to lice i vrši se povrat neiskorištenog dijela premije osiguranja po principu „pro rata temporis“ na ugovorenu premiju osiguranja, umanjen za troškove Osiguravača ako se do tada nije desio osigurani slučaj.

2.4. Pojam nesretnog slučaja (nezgode)

Član 4.

(1) Nesretnim slučajem (nezgodom) u smislu ovih Općih uslova smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelimični invaliditet, privremenu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć, odnosno boravak i liječenje u bolnici.

(2) U smislu prethodnog stava nesretnim slučajevima smatraju se naročito sljedeći događaji:

- 1) gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, poskliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubod kakvim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta, osim ako je takvim ubodom prouzrokovana kakva infektivna bolest;
 - 2) trovanje hranom ili hemijskim sredstvima iz neznanja osiguranika, osim u slučaju profesionalnih bolesti;
 - 3) infekcija povrede prouzrokovana nezgodom;
 - 4) trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim u slučaju profesionalnih bolesti;
 - 5) opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.;
 - 6) davljenje i utapanje;
 - 7) gušenje ili ugušenje zbog zatrpanjavanja (zemljom, pijeskom i sl.);
 - 8) istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastanu uslijed naglih fizičkih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima, ako je to nakon ozljede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi;
 - 9) djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je osiguranik bio izložen neposredno uslijed jednog, prije toga nastalog, nesretnog slučaja ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog života;
 - 10) djelovanje rendgenskih ili radijskih zraka, ako nastupi naglo ili iznenada, osim u slučaju profesionalnih bolesti.
- (3) Ne smatraju se nesretnim slučajem (nezgodom) u smislu ovih Općih uslova:
- 1) sve zarazne, profesionalne i ostale bolesti kao i ostale bolesti nastale uslijed psihičkih utjecaja

- i stanja psihičkih disfunkcija bez obzira na uzrok;
- 2) trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu zbog direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, ako je nakon povrede utvrđena traumatska kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena ozljeda mekih dijelova trbušnog zida u tom području;
 - 3) infekcije i oboljenja, koja nastanu uslijed raznih oblika alergije, rezanja ili kidanja žuljeva bradavica, mladeža i drugih izraslina kože;
 - 4) anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju radi nastalog nesretnog slučaja;
 - 5) hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloze, spondilolistea, spondiloliza, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, ishialgija, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene; slabinsko križne regije označene analognim terminima;
 - 6) odleppljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesno ili degenerativno promijenjenog oka, osim u slučaju odleppljenja mrežnice prethodno zdravog oka, ako postoje znakovi izravne vanjske povrede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi;
 - 7) posljedice koje nastanu zbog delirijum tremensa i djelovanja droga;
 - 8) posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se poduzimaju u svrhu liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis);
 - 9) patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize;
 - 10) sistemske neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti.

2.5. Trajanje ugovora o osiguranju

Član 5.

Ugovor o osiguranju može se zaključiti:

- 1) sa određenim rokom trajanja za vrijeme od jedne godine ili kraće - kratkoročno osiguranje.
- 2) na neodređeno vrijeme trajanja koje se nastavlja iz godine u godinu ako ga koja od ugovornih strana pismeno ne otkaže najkasnije 3 (tri) mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja - dugoročno osiguranje. Kod ovih osiguranja na polisi se označava samo dan početka osiguranja.
- 3) sa određenim rokom trajanja za vrijeme preko jedne ili više godina - višegodišnje osiguranje.

2.6. Teritorijalna valjanost

Član 6.

Osiguranje ugovoreno prema ovim Općim uslovima vrijedi u svim zemljama svijeta, ako nije drugačije ugovoreno.

2.7. Početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 7.

- (1) Obaveza osiguravača iz ugovora o osiguranju, ako nije drugačije ugovoreno, počinje u 24:00 sati onog dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ako je do tada plaćena premija osiguranja, a prestaje u 24:00 sati onog dana koji je u polisi naveden kao dan isteka trajanja osiguranja.
- (2) Ako je u polisi naveden samo početak osiguranja, osiguranje se produžava iz godine u godinu sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkaže.
- (3) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 24:00 sati onoga dana:
 - 1) kada nastupi osiguranikova smrt ili bude ustanovljen 100% invaliditet;
 - 2) kada osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti;
 - 3) kada istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navrši 75 godina života, ako nije drugačije ugovoreno;
 - 4) kada bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 33. ovih Općih uslova;
 - 5) ako premija nije plaćena u propisanom ili ugovorenom roku.

2.8. Obim obaveza osiguravača

Član 8.

(1) Kada nastane nesretni slučaj u smislu ovih Općih uslova, Osiguravač je obavezан isplatiti iznose ugovorene u ugovoru o osiguranju (polisi osiguranja) i to:

- 1) osiguranu sumu za slučaj smrti, ako je uslijed nesretnog slučaja nastupila smrt osiguranika, odnosno osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je uslijed nesretnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranika;
- 2) procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta, koji odgovara procentu djelimičnog invaliditeta, ako je uslijed nesretnog slučaja nastupio djelimični invaliditet osiguranika;
- 3) 50% od osigurane sume za osigurani slučaj smrti uslijed nesretnog slučaja (nezgode) koji je naveden u polisi osiguranja ako nastupi smrt osiguranika mlađeg od 14 godina ili starijeg od 75 godina.

- 4)** ako je ugovorena i plaćena premija za:
- a)** dnevnu naknadu za bolovanje - ugovoren iznos dnevne naknade zbog privremene nesposobnosti za rad od posljedica nezgode prema članu 23. ovih Općih uslova;
 - b)** dnevnu naknadu za boravak u bolnici (bolničku naknadu) - ugovoren iznos dnevne naknade zbog liječenja u bolnici od posljedica nezgode prema članu 24. Općih uslova;
 - c)** troškove liječenja - ugovorenu naknadu troškova liječenja prema članu 25. Općih uslova, ako je osiguraniku zbog nezgode bila potrebna liječnička pomoć i ako je zbog toga imao troškove liječenja;
 - d)** troškove spašavanja osiguranika prema članu 26. Općih uslova, do najviše 50% osigurane sume za slučaj smrti uslijed nezgode, kada se osiguraniku dogodi nezgoda na teritoriji Bosne i Hercegovine, ako u polisi nije drugačije naznačeno i ugovoreno.
- 5)** ostale ugovorene obaveze navedene u polisi prema Posebnim, Dodatnim i Dopunskim uslovima osiguranja za svaki rizik pojedinačno.
- (2)** Obaveza osiguravača iz prethodnog stava postoji kad je nesretni slučaj - nezgoda nastala pri obavljanju one djelatnosti koja je u polisi izričito navedena (na primjer: pri i izvan obavljanja redovnog zanimanja ili samo u jednom određenom zanimanju ili svojstvu npr. sportista, lovac, vozač ili putnik u motornom vozilu, vatrogasac itd.), i to samo za one posljedice nesretnog slučaja koje su kao takve utvrđene u medicinskoj dokumentaciji, u periodu osiguranja i ako su se posljedice nezgode pojavile u prvoj godini nakon nastupa nezgode.
- (3)** Visinu osiguranih suma odnosno nadoknada utvrđuju sporazumno ugovarač osiguranja i Osiguravač i iste se obvezno upisuju na polisi osiguranja.
- (4)** Osigurane sume za slučaj smrti i trajne invalidnosti se ne mogu kumulirati.

2.9. Ograničenje obaveze osiguravača

Član 9.

- (1)** Ako nije ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća premija, Osiguravač je u obavezi nadoknaditi 30% iznosa koji bi inače bio u obavezi nadoknaditi ostvarenjem osiguranog slučaja, ako osigurani slučaj nastane:
- 1)** za vrijeme vožnje ili upravljanja vazdušnim letjelicama bilo koje vrste, osim ako je u svojstvu putnika u javnom saobraćaju pri čemu se nadoknađuje puni ugovoren iznos osiguranja;

- 2)** za vrijeme sportskih skokova sa padobranom, samostalno ili ne;
 - 3)** prilikom automobilskih, motociklističkih, motonautičkih, skijaških, konjičkih i drugih sličnih brzinskih utrka i vožnji, kao i treninga za iste u kojima osiguranik učestvuje kao registrovan član sportskog društva ili kluba;
 - 4)** pri profesionalnom bavljenju sportom;
 - 5)** pri obavljanju posebno opasnih poslova od strane osiguranika kao što su pirotehničari, glumci koji izvode akrobatske vježbe, skokove, atrakcije, opasne vožnje, jašu, penju se, podvodni snimatelji kaskaderstvo, lov na divlje životinje, osobljje podmornica i ronjenje.
- (2)** Ako nije ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća premija, Osiguravač je u obavezi nadoknaditi 60% iznosa koji bi inače bio u obavezi nadoknaditi ostvarenjem osiguranog slučaja, ako osigurani slučaj nastane:
- 1)** za vrijeme sportske rekreacije od sljedećih sportova: alpinizam, base jumping, borilački sportovi, bungee jumping, jahanje, ronjenje, speleologija;
 - 2)** pri treningu ili učestvovanju osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportskog društva ili sl. (amatersko bavljenje sportom) u svim sportovima osim navedenih prema tački 3) prethodnog stava ovog člana i
 - 3)** zbog ratnih događaja i sličnih oružanih sukoba u kojima se osiguranik nađe izvan granica Bosne i Hercegovine, osim ako se osigurani slučaj dogodi u roku 14 (četrnaest) dana od prvog nastanka takvih događaja u zemlji u kojoj osiguranik boravi i ako su ga tamo navedeni događaji iznenadili, pod uslovom da osiguranik nije učestvovao u tim događajima i sukobima.
 - 4)** kod osiguranika koji predstavljaju povećani rizik, zato što ima ili je imao težu bolest ili tjelesnu manu i nedostatak (anormalni rizik).
- (3)** Ako nije ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća premija za lica kod kojih je trajna invalidnost nastala uslijed težih oboljenja, ili urođenih odnosno stečenih tjelesnih mana i nedostataka preko 50%, ugovorene osigurane sume umanjuju se kada nastane osigurani slučaj srazmjerno povećanju premije koju je trebalo platiti prema stvarno plaćenoj premiji.
- (4)** Zbog nesretnog slučaja što se osiguraniku dogodio kao saputniku pri vožnji vozilom čiji je vozač u trenutku nesreće vozio pod utjecajem alkohola, opojnih ili drugih psihotaktivnih tvari, Osiguravač isplaćuje 60% osiguranog iznosa. Jednaki dio osiguranog iznosa isplaćuje Osiguravač i onda kada osiguranik prilikom nesretnog slučaja nije koristio zaštitnu kacigu ili nije bio vezan sigurnosnim pojasmom, u skladu sa Zakonom o osnovama bezbjednosti saobraćaja na putevima u Bosni i Hercegovini.

- (5) Ako se osiguranik ne pridržava uputa ljekara, Osiguravač nije u obavezi nadoknaditi ugovoren i znos u cijelosti, već u srazmjeru prema povećanim posljedicama koje je takvo nepridržavanje uzrokovalo.
- (6) Ako je na pogoršanje povrede osiguranika ili dužinu oporavka utjecalo i oboljenje ili degenerativne promjene ili neka druga tjelesna mana od prije nastanka nesretnog slučaja, obaveza Osiguravača se smanjuje u srazmjeru udjela takve degenerativne promjene ili mane.

2.10. Isključenje obaveze osiguravača

Član 10.

- (1) Isključene su u cijelosti sve Osiguravačeve obaveze, ako je nesretni slučaj (nezgoda) nastala:
- 1) uslijed toga što je osiguranik ili korisnik (ako je različit od osiguranika) namjerno prouzrokovao nezgodu;
 - 2) uslijed zemljotresa;
 - 3) ratom, ratnim operacijama, pobunama, neprijateljstvima ili ratu sličnim događajima, građanskim ratom, revolucijom, ustankom, građanskim nemirima koji nastanu iz takvih događaja, zbog detonacije eksploziva, mina, torpeda, bombi ili pirotehničkih sredstava u okolnostima iz ove tačke, a koji se dogode unutar granica Bosne i Hercegovine;
 - 4) terorističkim djelovanjima, tj. aktima terora i drugim aktima nasilja, u pravilu iz političkih pobuda, preduzetim smišljeno sa ciljem teškog narušavanja javnog reda zastrašivanjem i izazivanjem osjećaja straha, panike i lične nesigurnosti građana, zastrašivanja vlasti ili društva kako bi se postigli ciljevi koji su općenito politički, vjerski ili ideološki, a koji se dogode unutar granica Bosni i Hercegovini;
 - 5) uslijed aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik učestvovao po svom redovnom zanimanju, ili po pozivu od strane ovlaštenog organa u Bosni i Hercegovini;
 - 6) pri upravljanju letjelicama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene dozvole za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom letjelice, plovнog objekta, motornog i drugog vozila. Navedeno se neće primjenjivati u slučaju kada neposjedovanje propisane službene isprave nije imalo utjecaja na nastanak nesretnog slučaja. U skladu sa Općim uslovima smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu dozvolu kada u svrhu pripremanja i polaganja ispita za dobivanje službene dozvole, poduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlaštenog stručnog instruktora;
 - 7) pri obavljanju sljedećih zanimanja: pirotehničari minsko-eksplozivnih sredstava, sva zanimanja povezana s rukovanjem

eksplozivom i eksplozivnim napravama i materijalima, vatrogasci, spasioci i sudionici ekspedicija, ronioci, djelatnost fizičke zaštite, ako nije drugačije ugovoreno;

- 8) zbog pokušaja ili izvršenja samoubistva;
- 9) uslijed toga što je korisnik namjerno prouzrokovao smrt osiguranika, a ako je više korisnika isključen je samo onaj korisnik koji je namjerno prouzrokovao smrt osiguranika;
- 10) pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju krivičnog djela, kao i pri pokušaju ili bijegu poslije takve radnje;
- 11) zbog djelovanja alkohola i/ili narkotičkih sredstava na osiguranika, bez obzira na bilo kakvu odgovornost trećeg lica za nastanak nesretnog slučaja. Smatra se da je nezgoda nastala zbog djelovanja alkohola, ako je u vrijeme nastanka nezgode utvrđena koncentracija alkohola u organizmu osiguranika bila viša od:
 - 0,3 g/kg utvrđena bilo kojom metodom, pri upravljanju saobraćajnim sredstvom;
 - 0,0 g/kg za vozača profesionalca, kada upravlja vozilom u tom svojstvu, kandidata za vozača za vrijeme obuke, vozače koji su mlađi od 21 godine starosti ili manje od tri godine vozačkog iskustva;
 - 1,0 g/kg za sve ostale slučajeve koji nisu u vezi sa saobraćajnom nezgodom.Smatra se da je nezgoda nastala zbog djelovanja narkotičkih sredstava, ako je u vrijeme nastanka nezgode utvrđeno da lice ima u tijelu nedozvoljeno ili zabranjeno narkotičko sredstvo.
- 12) Smatra se da je osiguranik pod dejstvom alkohola i/ili narkotičkih sredstava ako se nakon saobraćajne nezgode odbije podvrgnuti ispitivanju na prisutnost alkohola i/ili narkotičkih sredstava, kao i ako se udalji s mjesta saobraćajne nezgode prije dolaska policije, odnosno ako nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku stanicu o saobraćajnoj nezgodi ili ako na drugi način izbjegne testiranje.
U ovakvim slučajevima ne postoji obaveza Osiguravača samo ako je takvo stanje osiguranika imalo uzročnu vezu sa nastankom nesretnog slučaja;
- 13) zbog radioaktivne kontaminacije ako je intenzitet zračenja, izmјeren izvan kruga mikrolokacije izvora zračenja, bio iznad zakonom dopuštene granice;
- 14) zbog aktivnog učestvovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoodbrane;
- 14) zbog unutrašnjih nemira i nereda, navijačkih izgreda i sl. ako je osiguranik bio na strani izazivača nereda;

- 15) zbog fizičkih povreda tokom liječenja ili operacijskih zahvata kada ih osiguranik sam inicira (uključivo i estetski zahvati) ako nisu bili neophodni za zdravlje osiguranika ili nužni nakon nastanka nezgode;
 - 16) za povrede koje nisu medicinski dokumentirane unutar 1 (jedne) godine od nastanka nezgode;
 - 17) zbog prekomjerne upotrebe lijekova, izvan propisanih doza od strane ljekara ili apotekara.
- (2) Ugovor o osiguranju ništavan je ako je u trenutku njegova sklapanja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju, ili je bilo sigurno da će nastupiti, a uplaćena premija vraća se ugovaraču umanjena za nastale Osiguravačeve troškove.

2.11. Plaćanje i posljedice neplaćanja premije

Član 11.

- (1) Premiju osiguranja ugovarač osiguranja obavezan je platiti u cijelosti pri ispostavljanju polise, za svaku godinu trajanja osiguranja, ako se ne ugovori drugačije i ne naznači u polisi osiguranja.
- (2) Ako je ugovorenod da se premija plaća nakon sklapanja ugovora, obaveza Osiguravača počinje od dana određenog u polisi osiguranja/ugovoru kao dana početka osiguranja.
- (3) Ako se premija plaća poštom ili u banci, smatra se da je plaćena onog dana kada pošta ili banka primi uplatu.
- (4) Iznosi premija uvećavaju se za pripadajući porez ili drugo slično davanje ako je ono predviđeno zakonskim odredbama ili propisima.
- (5) Ako je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka zbog isplate iznosa osiguranja za slučaj smrti ili potpunog invaliditeta, premija ugovorena za cijelu tekuću godinu osiguranja pripada Osiguravaču.
- (6) Ako je ugovorenod da se godišnja premija plaća na rate, Osiguravač ima pravo da sve nenaplaćene premijske rate iz tekuće godine osiguranja naplati prilikom bilo koje isplate po predmetnoj polisi na osnovu osiguranja.
- (7) U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju prije isteka ugovorenog roka, Osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje, tj. do kojeg je nosio rizik, uvećana za troškove Osiguravača, ako nije imao do tada nikakvu obavezu isplate štete (osigurane sume) po polisi. U slučaju da je osiguravač imao isplatu štete po polisi, premija ugovorena za cijelu tekuću godinu osiguranja pripada Osiguravaču.
- (8) Ako ugovarač osiguranja premiju koja je dospjela ne plati do ugovorenog roka, niti to učini

koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku 30 (trideset) dana od dana kada je ugovarač osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguravača sa obavještenjem o dospjelosti premije, s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dospjelosti premije.

2.12. Promjena rizika – broj osiguranih lica i zanimanja osiguranika u toku trajanja osiguranja

Član 12.

- (1) Ugovarač, odnosno osiguranik dužan je Osiguravaču odmah prijaviti sve promjene koje se odnose na broj osiguranih lica (spisak sa imenom i prezimenom osiguranika), kao i na promjene zanimanja osiguranika, i to pisanim putem bez odlaganja.
- (2) Ako promjena zanimanja utiče na promjenu razreda opasnosti, Osiguravač će u slučaju povećanja rizika predložiti povećanu premiju ili smanjenje iznosa osiguranja, a u slučaju smanjenja rizika smanjenje premije ili povećanje iznosa osiguranja. Tako određeni iznosi osiguranja i premije vrijede od isteka dana kada su prijavljene izmjene napravljene u polisi osiguranja pa sve do isteka polise osiguranja.
- (3) Ako ugovarač osiguranja ne pristane na novi iznos premije ili smanjenje iznosa osiguranja u roku od 14 dana od prijema prijedloga, ugovor se prekida.
- (4) Ako je povećanje rizika toliko da Osiguravač ne bi zaključio ugovor da je takvo stanje postojalo u času zaključenja ugovora, Osiguravač ima pravo raskinuti ugovor o osiguranju.
- (5) Ako je povećanje rizika toliko da bi osiguravač zaključio ugovor samo uz veću premiju da je takvo stanje postojalo u času zaključenja ugovora, on može ugovaraču osiguranja predložiti novu stopu premije.
- (6) Ako ugovarač ponudi smanjenje premije, a osiguravač ne pristane na smanjenje premije, ugovarač osiguranja može raskinuti ugovor.
- (7) Ako ugovarač ne prijavi promjenu zanimanja niti prihvati povećanje, odnosno smanjenje premije, tj. iznosa osiguranja u roku od 14 (četrnaest) dana od dana prijema pisanih prijedloga od Osiguravača, a u međuvremenu nastane osigurani slučaj, iznosi osiguranja će se smanjiti ili povećati u srazmjeru između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti po dostavljenom prijedlogu Osiguravača,
- (8) Ako Ugovarač ne prijavi promjenu broja osiguranih lica (spisak sa imenom i prezimenom osiguranika), osiguranje za lica za koja je propusti uraditi prijavu ne vrijedi.
- (9) Ako Osiguravač u roku od 30 dana od kada je na bilo koji način saznao za povećanje rizika ili je u tom roku na neki način pokazao da pristaje na

produženje ugovora (primi uplaćenu premiju ili isplati naknadu za osigurani slučaj koji se desio nakon povećanja rizika), ugovor o osiguranju ostaje na snazi i Osiguravač ne može više koristiti pravo da ugovaraču predloži novi iznos premije ili smanjenje iznosa osiguranja.

2.13. Prijava nesretnog slučaja

Član 13.

(1) Osiguranik koji je zbog nastanka osiguranog slučaja ozljeđen, dužan je:

- 1) događaj odmah prijaviti ljekaru, odnosno pozvati ljekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći, odmah preduzeti sve potrebne mjere radi liječenja i držati se ljekarskih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja;
- 2) nezgodu prijaviti Osiguravaču u pisnom obliku u najkraćem roku, tj. kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće, a najkasnije u roku od 1 (jedne) godine od dana ostvarenja osiguranog rizika;
- 3) u prijavi o osiguranom slučaju pružiti Osiguravaču sva potrebna obavještenja i podatke, dokaz o okolnostima nastanka nesretnog slučaja (nezgode), naročito o mjestu i vremenu kad je osigurani slučaj nastao, i uzroku nezgode, uz potpuni opis događaja, ime ljekara koji ga je pregledao i uputio na liječenje ili koji ga liječi, ljekarski nalaz o vrsti i težini fizičke povrede, dokaz o nastalim eventualnim posljedicama, kompletну medicinsku dokumentaciju od povređivanja pa do okončanja liječenja, medicinsku dokumentaciju koja je pohranjena u odgovarajućim medicinskim ustanovama, kao i podatke o manama, nedostacima i bolestima (član 9. stav ((6) Općih uslova) koje je osiguranik eventualno imao prije nastanka nesretnog slučaja.
- (2) Ako je osigurani slučaj imao za posljedicu osiguranikovu smrt, korisnik osiguranja dužan je o tome pismeno obavijestiti Osiguravača u najkraćem roku, podnijeti prijavu osiguranog slučaja, polisu osiguranja i dokaz da je smrt nastupila kao posljedica osiguranog slučaja. Ako u polisi osiguranja korisnik nije izričito određen, lice koje se smatra korisnikom dužno je podnijeti i dokaz o svom pravu na iznos osiguranja.
- (3) Troškovi za ljekarski pregled i izvještaj (početni i zaključni ljekarski izvještaj, ponovni ljekarski pregled i nalaz specijalista), te ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje okolnosti nastanka osiguranog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnosioca zahtjeva.
- (4) Osiguravač je ovlašten i ima pravo od osiguranika, ugovarača, korisnika, zdravstvene ustanove ili bilo kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica tražiti

naknadna objašnjenja i dokaze u pogledu nastupanja i posljedica prijavljenog slučaja nezgode, te na svoj trošak poduzimati radnje u svrhu liječničkog pregleda osiguranika od strane ljekara ili ljekarskih komisija i u zdravstvenim ustanovama koje on odredi, da bi se utvrstile sve važne okolnosti o prijavljenom osiguranom slučaju.

- (5) U slučaju invaliditeta, osiguravač ima pravo tražiti ljekarski pregled, odnosno u slučaju smrti osiguranika, Osiguravač ima pravo zahtjevati pravo obdukcije, ako je neophodno i eksumacije na trošak Osiguravača.
- (6) Ako osiguranik ne postupi prema odredbama iz tačke 1) stava (1) ovog člana te zbog takvog postupka doprinese nastanku ili povećanju obaveze osiguravača po bilo kojoj osnovi, nego što bi inače ta obaveza bila, Osiguravačeva obaveza će biti smanjena srazmjerno učinjenom propustu osiguranika.
- (7) Ako ugovarač, osiguranik ili korisnik ne prijavi osigurani slučaj Osiguravaču, niti dostavi cjelokupnu medicinsku i ostalu potrebnu dokumentaciju, već odmah pokrene sudski spor protiv Osiguravača, takva tužba smarat će se prijavom osiguranog slučaja. Tužitelj u ovakvim sporovima nema pravo nadoknade troškova i kamata nastalih do isteka roka za rješavanje i isplatu naknade štete.

2.14. Utvrđivanje prava i obaveza osiguranika/korisnika

Član 14.

(1) Prava iz osiguranja pripadaju osiguraniku/korisniku samo ako se nezgoda dogodila za vrijeme trajanja osiguranja i ako su ugovorene posljedice predviđene Općim uslovima nastupile tokom godine dana od dana nastanka osiguranog slučaja, uz obavezu medicinskog dokumentovanja povrede unutra 1 (jedne) godine od nastanka nezgode.

(2) Na zahtjev Osiguravača, u svim osiguranim slučajevima, osiguranik/korisnik je obavezan posebnom punomoći ovlastiti Osiguravača za uvid u svu medicinsku dokumentaciju koja je pohranjena u odgovarajućim medicinskim ustanovama.

(3) Ako je osigurani slučaj imao za posljedicu invaliditet, osiguranik je dužan podnijeti: prijavu, polisu osiguranja, dokaz o uplaćenoj premiji, dokaz o okolnostima nastanka osiguranog slučaja i ljekarsku dokumentaciju s utvrđenim posljedicama radi određivanje konačnog postotka trajnog invaliditeta.

(4) Konačni postotak invaliditeta određuje Osiguravač (ovlašteni ljekar censor) prema Tabeli za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao

posljedice osiguranog slučaja (nezgode) (u dalnjem tekstu: Tabela invaliditeta). Konačni postotak invaliditeta određuje Osiguravač (ovlašteni ljekar censor) poslije završenog liječenja u vrijeme kada je kod osiguranika u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posljedice nastupilo stanje stabilnosti, 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 osiguranog slučaja, kao konačno uzima se stanje po isteku ovog roka i prema njemu se određuje postotak trajnog invaliditeta. Ovašteni ljekar censor od strane Osiguravača svoje mišljenje daje na osnovu analize medicinske dokumentacije koju osiguranik dostavi prilikom prijave štete ili na osnovu neposrednog pregleda osiguranika.

(5) Ako neka posljedica ili gubitak nisu predviđeni u Tabeli invaliditeta, postotak invaliditeta se određuje u skladu sa sličnim oštećenjima, koji su predviđeni u Tabeli invaliditeta.

(6) Za slučaj trajnog invaliditeta uslijed nesretnog slučaja konačni se invaliditet na ekstremitetima i kičmi određuje najranije 3 (tri) mjeseca poslije završenog cjelokupnog liječenja izuzev kod amputacija i tačaka Tabele invaliditeta gdje je drugačije određeno.

Pseudoartoze i hronični fistulozni osteomielitis se cijene nakon definitivnog operativnog i fizičkog liječenja. Ako se to ne završi ni u roku od 3 (tri) godine od dana povrede, kao konačno uzima se stanje po isteku ovog roka i prema njemu se određuje procenat trajnog invaliditeta.

(7) Kod natučenja koštano mišićnih struktura invaliditet se ne određuje. Subjektivne tegobe u smislu smanjenja motorne mišićne snage, bolova i otoka na mjestu povrede ne uzimaju se u obzir pri određivanju postotka trajnog invaliditeta.

(8) Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje osiguranika (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir pri određivanju postotka invalidnosti.

(9) Kod višestrukih povreda pojedinih ekstremiteta, kičme ili organa ukupni invaliditet na određenom ekstremitetu, kičmi ili organu određuje se tako da se za najveću posljedicu oštećenja uzima postotak predviđen u Tabeli invaliditeta, od sljedeće najveće posljedice uzima se polovina postotka predviđenog u Tabeli invaliditeta, i tako redom 1/4, 1/8. Ukupni postotak ne može premašiti postotak, koji je određen Tabelom za potpuni gubitak tog ekstremiteta ili organa. Posljedice povrede prstiju sabiraju se bez primjene gornjeg principa, uz uvažavanje posebnih uslova u Tabeli. Posljedice umanjenje pokretljivosti zglobova mogu iznositi najviše do 1/5 trajnog invaliditeta predviđenog za trajnu ukočenost tog zglobova u funkcionalno nepovoljnem položaju. Labavost i rasklimanost zglobova

određuje se po istom principu. Za određivanje umanjenja pokretljivosti udova, odnosno labavosti ili rasklimanosti zglobova, obavezno je komparativno mjerjenje pokreta artmetrom u svim ravninama.

(10) Pri funkcionalnom oštećenju ekstremiteta ili dijela ekstremiteta, postotak trajnog invaliditeta se mjeri u zavisnosti od funkcionalne nesposobnosti cijelih ekstremiteta.

(11) Ocjene invaliditeta za različite posljedice na jednom organu ili zglobu gornjih i donjih ekstremiteta se ne sabiraju. Invaliditet se određuje prema onoj tački koja daje najveći postotak, izuzev velikih zglobova gornjeg i donjeg ekstremiteta (rame, lakt, ručje, kuk, koljeno, skočni zglob), s tim što zbir postotaka za pojedinačna oštećenja ne može preći ukupno 25% invaliditeta.

(12) Nije dozvoljeno sabiranje dvije ili više tačaka koje se odnose na isto funkcionalno oštećenje odnosno posljedicu, na organu ili zglobu gornjih i donjih ekstremiteta.

(13) U slučajevima gubitka više udova ili organa uslijed jednog nesretnog slučaja postotci invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ sabiraju se ali ne mogu iznositi više od 100%.

(14) Ako zbir postotaka invaliditeta prema Tabeli invaliditeta zbog gubitka ili oštećenja udova i organa uslijed jednog nesretnog slučaja iznosi preko 100 %, naknada iz osiguranja ne može biti veća od osigurane sume koja je ugovorena za slučaj potpunog invaliditeta.

(15) Ako je kod osiguranika postojao trajni invaliditet prije nastanka nesretnog slučaja obaveza Osiguravača određuje se prema novom invaliditetu, odnosno prema razlici između ukupnog postotka invaliditeta nakon i postotka invaliditeta prije nastanka nesretnog slučaja, nezavisno od ranijeg osim u sljedećim slučajevima:

1) ako je prijavljeni nesretni slučaj prouzrokovao povećanje dotadašnjeg invaliditeta, obaveza Osiguravača se utvrđuje prema razlici između ukupnog postotka invaliditeta i ranijeg postotka.

2) ako osiguranik prilikom nesretnog slučaja izgubi ili povrijeđi jedan od ranije povrijeđenih udova ili organa, obaveza Osiguravača utvrđuje se samo prema povećanom invaliditetu.

3) ako su rentgenološkim pretragama dokazane degenerativne bolesti koštano-zglobnog sistema postojale prije nesretnog slučaja, Osiguravač će konačni invaliditet iz Tabele invaliditeta umanjiti za 1/3 procijenjenog invaliditeta.

4) ako se dokaže da osiguranik boluje od dijabetesa, bolesti centralnog ili perifernog živčanog sistema, gluhoće, slabovidnosti,

- bolesti krvotoka ili hronične plućne bolesti, te ako te bolesti utiču na povećanje invaliditeta nakon nesretnog slučaja, Osiguravač će konačni invaliditet iz Tabele invaliditeta umanjiti za 1/2.
- (16) Ako je osiguranik uslijed nesretnog slučaja boravio u bolnici, dužan je da o tome podnese potvrdu kao dokaz. Ova potvrda (izvještaj) mora sadržavati: ljekarski nalaz sa potpunom dijagnozom, tačne podatke kada je započeto liječenje i od kojeg do kojeg dana je osiguranik boravio u bolnici.
- (17) Ako je osiguranik zbog osiguranog slučaja privremeno nesposoban za rad, dužan je o tome podnijeti potvrdu ljekara koji ga je liječio. Ta potvrda (izvještaj) mora sadržavati ljekarski nalaz s potpunom dijagnozom, tačne podatke kada je i zbog čega počelo liječenje i od kojeg do kojeg dana osiguranik nije bio sposoban obavljati svoje redovito zanimanje.
- (18) Osiguravač nije u obavezi nadoknaditi štetu ukoliko osiguranik odbije ljekarski pregled kod ljekara cenzora Osiguravača, a za koji Osiguravač snosi sve potrebne troškove koji nastanu provođenjem navedenog pregleda. Pod troškovima se podrazumjevaju troškovi prevoza koje osiguranik ima zbog pregleda i troškovi pregleda koje Osiguravač isplaćuje ljekaru cenzoru.

2.15. Isplata osigurane sume

Član 15.

- (1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguravač je obavezan isplatiti ugovoreni iznos osigurane sume, odnosno njen odgovarajući dio ili ugovorenu dnevnu, tj. bolničku naknadu ili drugu ugovorenu naknadu u roku od 14 (četrnaest) dana, računajući od dana kada je Osiguravač dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio. Ako je za utvrđivanje postojanja obaveze Osiguravača ili njezina iznosa potrebno izvjesno vrijeme, taj rok počinje teći od dana kada je utvrđeno postojanje obaveze i njezin iznos.
- (2) Osiguravač je dužan isplatiti ugovorenu osigurani sumu, odnosno naknadu, samo ako je nesretni slučaj nastao za vrijeme trajanja osiguranja i ako su posljedice nesretnog slučaja nastupile u toku godine dana od dana nastanka nesretnog slučaja.
- (3) Ako nakon nastanka nesretnog slučaja (nezgode) nije moguće utvrditi konačni postotak invaliditeta, Osiguravač je dužan na osiguranikov zahtjev isplatiti iznos koji neosporno odgovara postotku trajnog invaliditeta za koji se već tada može na osnovu medicinske dokumentacije utvrditi da će trajno ostati. Osiguravač neće isplatiti nesporni dio prije nego što je utvrđena njegova obaveza s obzirom na okolnosti nastanka osiguranog slučaja.

- (4) Ako osiguranik prije isteka godine dana od dana nastanka osiguranog slučaja umre od posljedica toga osiguranog slučaja, a konačni je postotak trajnog invaliditeta već bio utvrđen, osiguravač isplaćuje iznos koji je određen za slučaj smrti uslijed nezgode, odnosno razliku između iznosa osiguranja za slučaj smrti uslijed nezgode i iznosa koji je bio prije tega isplaćen na ime trajnog invaliditeta, ako takva razlika postoji.
- (5) Ako konačni postotak trajnog invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre uslijed posljedica istog nesretnog slučaja, osiguravač isplaćuje korisniku iznos osiguranja određen za slučaj smrti uslijed nezgode, odnosno samo razliku između tog iznosa i eventualno već isplaćenog nespornog dijela (akontacije) ako takva razlika postoji, ako je smrt nastupila unutar godine dana od dana nastanka nesretnog slučaja (nezgode).
- (6) Ako prije utvrđenog postotka trajnog invaliditeta u roku od 3 (tri) godine od nastanka osiguranog slučaja nastupi smrt osiguranika iz bilo kojeg drugog uzroka osim navedenog u prethodnom stavu ovog člana, visina obaveze osiguravača iz osnova invaliditeta utvrđuje se na osnovu postojeće ljekarske dokumentacije.
- (7) Ako nesretni slučaj ima za posljedicu boravak osiguranika u bolnici radi liječenja, a ugovoren je dnevna naknada za liječenje u bolnici (bolnički dan), Osiguravač isplaćuje ugovorenu naknadu od prvog do zadnjeg dana boravka u bolnici, odnosno do dana smrti ili utvrđenog invaliditeta u smislu odredbi ovog člana u stavovima (3) i (4), ali najviše do 200 dana u dvije godine od dana nastanka nesretnog slučaja.
U bolnice u smislu ove odredbe se ubrajaju opće, specijalističke bolnice i klinike čija je djelatnost dijagnostika i liječenje. Lječilišta, banje, domovi i ustanove za rekreaciju i odmor, kao ni bolnice izvan BiH, ne ubrajaju se u bolnice u smislu Općih uslova.
- (8) Ako nesretni slučaj ima za posljedicu narušavanje zdravlja osiguranika, koje zahtijeva ljekarsku pomoć, a ugovoren 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 nesretnog slučaja, a najviše do ugovorenog iznosa osigurane sume za troškove liječenja.
- (9) U troškove liječenja po prethodnom stavu spada i nabavka vještačkih udova i zamjena zuba kao i nabavka pomagala, pri čemu su to uobičajena, a ne luksuzna pomagala, ako je sve to potrebno prema ocjeni ljekara. Osiguravač nije dužan nadoknaditi troškove liječenja, ako osiguranik ima pravo na besplatno liječenje u zdravstvenim ustanovama, odnosno Osiguravač je u obavezi nadoknaditi onaj dio troškova liječenja, koji je

snosio sam osiguranik uz uslov da se liječenje provodi u BiH. Za lica koja nemaju obavezno zdravstveno osiguranje priznaje se 50% nastalih troškova.

- (10) Ako kao daljna posljedica nesretnog slučaja nastupi smrt osiguranika ili invaliditet, Osiguravač isplaćuje korisniku, odnosno osiguraniku, iznos osigurane sume predviđen za takve slučajevе bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu, i isplaćenu naknadu troškova liječenja.

2.16. Trajni invaliditet

Član 16.

- (1) Trajni invaliditet je potpuni ili djelimični gubitak organa, trajni, potpuni ili djelimični gubitak funkcije organa ili pojedinih dijelova organa nakon završenog liječenja.
(2) Postotak invaliditeta određuje Osiguravač prema Tabela invaliditeta.
(3) Osiguranik u polisi osiguranja može ugovoriti pokriće progresivnosti određenog stepena invaliditeta:
a) Trajni invaliditet - s progresijom „200“ uz primjenu Tabele progresije koja je sastavni dio Tabele invaliditeta;
b) Trajni invaliditet - s progresijom „300“ uz primjenu Tabele progresije koja je sastavni dio Tabele invaliditeta.

2.17. Smrt uslijed nezgode

Član 17.

- (1) Ako je u periodu trajanja osiguranja, zbog nesretnog slučaja (nezgode) nastupila osiguranikova smrt, isplaćuje se ugovoreni iznos osiguranja.
(2) Naknada u slučaju smrti umanjuje se za već utvrđenu naknadu za trajnu invalidnost, odnosno eventualnu raniju isplatu za trajnu invalidnost uslijed istog nesretnog slučaja (nezgode) ako je smrt nastupila unutar godine dana od dana nastanka nesretnog slučaja (nezgode).
(3) Osiguravač ne može tražiti povrat pretplaćene naknade za trajnu invalidnost.

2.18. Smrt uslijed saobraćajne nezgode

Član 18.

- (1) Smrt uslijed saobraćajne nezgode pokriva osigurani slučaj u kojem osiguranik u svojstvu vozača saobraćajnog vozila, putnika ili pješaka učestvuje u saobraćajnoj nezgodi. U tom slučaju, ako je ugovoren ovaj rizik polisom, te ako nastupi smrt uslijed saobraćajne nezgode, isplaćuju se oba ugovorena iznosa osiguranja:
1) iznos osiguranja za smrt uslijed nezgode i
2) iznos osiguranja za smrt uslijed saobraćajne nezgode.

Dakle, kada su ugovorena oba rizika, smrt uslijed nezgode i smrt uslijed saobraćajne nezgode, ti rizici ne isključuju jedan drugog.

- (2) Ovaj rizik može se ugovoriti uz individualno i porodično osiguranje lica od posljedica nesretnog slučaja - nezgode, kao i uz kolektivno osiguranje uposlenika od posljedica nesretnog slučaja (nezgode).
(3) Ako štetni događaj nema obilježja saobraćajne nezgode, prema Zakonu o osnovama sigurnosti saobraćaja na putevima Bosne i Hercegovine, Osiguravač nije u obavezi nadoknaditi štetu za ovaj ugovoren rizik.

2.19. Smrt uslijed bolesti

Član 19.

- (1) U slučaju smrti osiguranika uzrokovane bolešću, Osiguravač isplaćuje ugovoreni iznos osiguranja za smrt uslijed bolesti koji je naveden na polisi.
(2) Obaveza Osiguravača za osigurani slučaj smrti uslijed bolesti ograničena je na 50% ugovorenog iznosa osiguranja prema polisi, ako Osiguranik umre tokom prvih 6 (šest) mjeseci od početka trajanja osiguranja tj. tokom prvih 6 (šest) mjeseci od isteka dana pristupa u osiguranje Osiguranika, osim ako se drugačije ne ugovori i plati dodatna premija/doplatak za preuzimanje uvećanog rizika smrti uslijed bolesti u prvih 6 (šest) mjeseci.

Ovo ograničenje se ne primjenjuje ako je osiguranik prije početka važenja polise bio osiguran bez prekida u trajanju najkraće 6 (šest) mjeseci kod Osiguravača, i u slučaju smrti uslijed bolesti ako osiguranik umre tokom prvih 6 (šest) mjeseci od početka trajanja osiguranja ili pristupa u osiguranje za vrijeme trudnoće ili porođaja.

2.20. Iznenadna smrt

Član 20.

- (1) Iznenadna smrt uslijed bolesti pruža naknadu za smrt uslijed bolesti koje su definisane prema odredbama 10. revizije Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (skraćeno: MKB-10) (engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10) gdje su navedeni kodovi za bolesti, simptome, abnormalnosti i sl, klasifikovano od Svjetske zdravstvene organizacije (engl. WHO) (definisano u Dopunskim uslovima za osiguranje iznenadne smrti). Ovaj rizik može se ugovoriti nezavisno o ugovorenom riziku smrti uslijed bolesti uz obvezno ugovaranje rizika smrti uslijed nezgode.
(2) Iznenadna smrt uslijed bolesti je smrt osiguranika koja nastupi u roku od 24 sata od početka simptoma bolesti kod naoko zdravih ljudi ili onih čija bolest nije teška i nije za očekivati njihovu naglu smrt (definicija prema Svjetskoj

zdravstvenoj organizaciji - WHO). Osim od gore navedenog, iznenadna smrt od srčanog infarkta, moždanog udara i aneurizma smatra se smrt osiguranika koja nastupi unutar 30 (trideset) dana od dana prvog dijagnosticiranja navedene bolesti. Obaveza osiguravača za osigurani slučaj iznenadne smrti uslijed bolesti (definisano Dodatnim uslovima za osiguranje iznenadne smrti uslijed bolesti ograničena je na 50% ugovorenog iznosa osiguranja prema polisi, ako osiguranik umre tokom prvih šest mjeseci od početka trajanja osiguranja, odnosno tokom prvih šest mjeseci od isteka dana pristupa u osiguranje novog člana određene grupe lica (porodično i kolektivno osiguranje)).

Ovo ograničenje se ne primjenjuje ako je osiguranik prije početka važenja polise bio osiguran bez prekida u trajanju najkraće 6 (šest) mjeseci kod Osiguravača, i u slučaju iznenadne smrti uslijed bolesti ako osiguranik umre tokom prvih 6 (šest) mjeseci od početka trajanja osiguranja ili pristupa u osiguranje za vrijeme trudnoće ili porođaja.

(3) U slučaju kada su ugovorena oba rizika, smrt uslijed bolesti i iznenadna smrt uslijed bolesti, ti rizici ne isključuju jedan drugog. Ako je ugovoren taj rizik polisom te ako nastupi iznenadna smrt uslijed bolesti, isplaćuju se oba ugovorena iznosa osiguranja, dakle i iznos za smrt uslijed bolesti i iznos osiguranja za iznenadnu smrt od bolesti.

2.21. Teške bolesti – teško bolesna stanja

Član 21.

Osiguranje teško bolesnih stanja obuhvata osiguranje naknade za slučaj nastanka teških bolesnih stanja. Teško bolesnim stanjima smatraju se stanja, shodno međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema skraćeno MKB-10 (engl. ICD-10). Iznos naknade i maksimalne obaveze Osiguravača po osiguraniku za nastup teške bolesti iznosi 1.500,00 KM. Ugovoreni iznos naknade isplaćuje se osiguraniku samo jednom godišnje za svaku ugovorenou godinu osiguranja u ugovorenem iznosu, bez obzira na broj nastupanja teško bolesnih stanja. Ovo pokriće se zaključuje prema Dodatnim uslovima za osiguranje teških bolesti - teško bolesnih stanja.

2.22. Lom kosti

Član 22.

Osiguranje loma kosti uslijed nezgode obuhvata isplatu ugovorene naknade za dokazani lom kosti. Isplata za lom kosti ne umanjuje pravo naknade za utvrđenu trajnu invalidnost. Osiguranje ne obuhvata naknadu za napuknuće kosti (fisura, tj. nepotpun prekid kosti). Iznos naknade i maksimalna obaveza Osiguravača po osiguraniku za lom kosti iznosi

200,00 KM u toku godine osiguranja. Ugovoreni iznos naknade isplaćuje se osiguraniku samo jednom godišnje za svaku ugovorenou godinu osiguranja u ugovorenem iznosu, bez obzira na broj slomljenih kostiju i broj lomova kostiju. Ovo pokriće se zaključuje prema Dodatnim uslovima za osiguranje loma kosti.

2.23. Dnevna naknada za privremenu nesposobnost za rad (dnevna naknada)

Član 23.

(1) Ako osigurani slučaj nezgode ima za posljedicu osiguranikovu privremenu nesposobnost za rad koja se manifestuje njegovom odsutnosti sa radnog mjestu, a ugovarena je isplata dnevne naknade za privremenu nesposobnost za rad, Osiguravač isplaćuje osiguranu naknadu u ugovorenoj visini od prvog dana koji slijedi danu kad je istekla karenca iz stava (2) ovog člana pa do posljednjeg dana trajanja radne nesposobnosti, ali najviše do 42 dana u toku godine osiguranja po osiguranom slučaju.

(2) Dnevna naknada ugovara se sa obaveznom karencom u minimalnom trajanju od 7 (sedam) dana ili dužem trajanju koje može biti 15 ili 30 dana i obavezno se upisuje u polisu osiguranja. Moguće je otkupiti obveznu karenco od 7 dana uz doplatak na premiju. U slučaju ugovaranja karence u trajanju od 15 ili 30 dana ostvaruje se pravo na dodatni popust na visinu premije za osiguravajuće pokriće dnevne naknade za privremenu nesposobnost za rad.

(3) Ako nakon liječenja osiguranika kao posljedica osiguranog slučaja nastupi smrt osiguranika ili trajni invaliditet, Osiguravač isplaćuje korisniku, odnosno osiguraniku ugovoreni iznos osiguranja predviđen za takve slučajevе, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu.

2.24. Dnevna naknada za boravak u bolnici (bolnička naknada)

Član 24.

(1) Ako osigurani slučaj nezgode uslijed nesretnog slučaja ima za posljedicu boravak osiguranika u bolnici radi liječenja, a ugovarena je dnevna naknada za boravak u bolnici (bolnička naknada), Osiguravač isplaćuje ugovorenou naknadu od prvog do zadnjeg dana boravka u bolnici, ali najviše do 200 dana u toku godine osiguranja po osiguranom slučaju.

(2) Bolnička naknada ugovara se sa obaveznom karencom u minimalnom trajanju od 7 (sedam) dana ili dužem trajanju koje može biti 15 ili 30 dana i obavezno se upisuje u polisu osiguranja. Moguće je otkupiti obveznu karenco od 7 dana uz doplatak na premiju. U slučaju ugovaranja karence u trajanju od 15 ili 30 dana ostvaruje se

pravo na dodatni popust na visinu premije za osiguravajuće pokriće bolničke naknade. Bolnička naknada se isplaćuje samo za bolničko liječenje, a ne za ambulantno liječenje. Danom boravka u bolnici smatra se noć provedena u bolnici.

- (3) Ako nakon liječenja osiguranika kao daljnja posljedica osiguranog slučaja nastupi smrt osiguranika ili trajni invaliditet, Osiguravač isplaćuje korisniku, odnosno osiguraniku ugovoreni iznos osiguranja predviđen za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu bolničku naknadu.

2.25. Troškovi liječenja

Član 25.

(1) Ako osigurani slučaj nezgode ima za posljedicu narušenje osiguranikova zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć, a ugovorena je i naknada troškova liječenja, Osiguravač prema dostavljenim dokazima (original računima) će isplatiti osiguraniku, bez obzira ima li ikakvih drugih posljedica, naknadu svih stvarnih i nužnih troškova liječenja nastalih najduže tokom godine dana od dana nastanka osiguranog slučaja, a najviše do ugovorenog iznosa osiguranja u toku godine osiguranja i to po osiguranom slučaju.

(2) U troškove liječenja iz prethodnog stava spada i nabava umjetnih udova (proteza) i sličnih pomagala, ali samo ako je to potrebno prema ocjeni ljekara.

(3) Osiguravač nije dužan naknaditi troškove liječenja ako osiguranik ima pravo na besplatno liječenje u zdravstvenim ustanovama.

(4) Osiguravač je obavezan naknaditi samo onaj dio troškova liječenja koji je stvarno snosio sam osiguranik, uz uslov da posjeduje obavezno zdravstveno osiguranje i liječenje se provodi u Bosni i Hercegovini.

Za lica koja nemaju obavezno zdravstveno osiguranje Osiguravač priznaje 50% nadoknadivih troškova, i to maksimalno do 50% ugovorene osigurane sume. Ne postoji obaveza Osiguravača za isplatu naknade troškova liječenja u banjama i sličnim zdravstvenim ustanovama kao ni za lijekove izvan medicinskih ustanova. Lijekovima izvan medicinskih ustanova smatraju se oni lijekovi koji nisu na pozitivnoj listi Zavoda za zdravstveno osiguranje i reosiguranje FBiH, Fonda zdravstvenog osiguranja RS-a, te Fonda zdravstvenog osiguranja Distrikta Brčko.

(5) Ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija Osiguravač će ugovaraču osiguranja nadoknaditi troškove liječenja osiguranika za kojeg je zdravstvena ustanova koja je obavila liječenje ispostavila račun za troškove liječenja na teret ugovarača, za povrede na radu. Osiguravač priznaje maksimalno do 20% ugovorene osigurane sume troškova liječenja.

(6) Ako nakon liječenja osiguranika kao daljna posljedica osiguranog slučaja nastupi smrt osiguranika ili trajni invaliditet, Osiguravač isplaćuje korisniku, odnosno osiguraniku ugovoreni iznos osiguranja predviđen za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu naknadu troškova liječenja.

2.26. Troškovi spašavanja

Član 26.

(1) Kod nastanka osiguranog slučaja nezgode i spašavanja osiguranika helikopterom ili avionom, Osiguravač naknađuje samo nužne i dokazane troškove koji su nastali radi spašavanja života osiguranika na nepristupačnim mjestima ili radi pružanja nužne i hitne medicinske pomoći, unutar teritorija Bosne i Hercegovine.

(2) Osiguravač za troškove spašavanja priznaje naknadu koja može biti u maksimalnom iznosu do 20% ugovorene osigurane sume troškova liječenja. Ugovoreni iznos naknade isplaćuje se osiguraniku samo jednom godišnje za svaku ugovorenou godinu osiguranja.

(3) Troškovi za spašavanje u pravilu se isplaćuju licu koje dokaže da je snosilo te troškove.

(4) Proširenje teritorijalnog pokrića izvan teritorija Bosne i Hercegovine ugovara se posebno u polisi uz navođenja zemalja proširenja pokrića kao i posebnog iznosa sume osiguranja za ove troškove, uz doplatu premije.

(5) Obaveza Osiguravača za naknadu troškova spašavanja nastaje uz obavezno ugovaranje rizika troškova liječenja.

2.27. Hirurške intervencije/estetske operacije

Član 27.

(1) Kada nastupi osigurani slučaj hitne hirurške intervencije Osiguravač je u obavezi naknaditi postotak srazmjerno težini izvedene hirurške intervencije, a koji se određuje temeljem Tabele hirurških intervencija navedenih u Dodatnim uslovima za osiguranje hitnih hirurških intervencija/estetskih operacija.

(2) Postotak iz Tabele hirurških intervencija primjenjuje se na iznos sume osiguranja za ovaj osigurani slučaj hirurških intervencija iz polise osiguranja.

(3) Naknada se može isplatiti u slučaju više operacija za vrijeme trajanja jedne godine osiguranja, ali maksimalno do ugovorenog iznosa osiguranja za slučaj hitnih hirurških intervencija koji je upisan u polisu osiguranja. Maksimalna suma koja se može ugovoriti po polisu osiguranja iznosi 5.000,00 KM. Ugovoreni iznos naknade isplaćuje se osiguraniku samo jednom godišnje za svaku ugovorenou godinu osiguranja. Ako smrtni slučaj osiguranika nastupi u roku od 5 (pet) dana od dana izvršenja operacije, a nastupio je kao posljedica operacije,

isključuje se obaveza Osiguravača na isplatu naknade po osiguranom slučaju hitnih hirurških intervencija.

- (4) Ovo pokriće je moguće ugovoriti isključivo kod individualnih polisa, porodičnih polisa i kolektivnih polisa osiguranja zaposlenika. Ovo pokriće se zaključuje prema Dodatnim uslovima za osiguravajuće pokriće troškova drugog ljekarskog mišljenja kod nastupanja teških bolesti kod specijalizovane zdravstvene ustanove u svijetu.

2.28. Kućna njega

Član 28.

- (1) Kod nastanka osiguranog slučaja nezgode koji za posljedicu ima, potpuni ili djelimični invaliditet, a koji zahtijeva neophodnu kućnu njegu, Osiguravač naknadiće troškove kućne njage maksimalno do iznosa od 50% osigurane sume za troškove liječenja. Ugovoreni iznos naknade isplaćuje se osiguraniku samo jednom godišnje za svaku ugovorenou godinu osiguranja, ukoliko je ugovoreno pokriće kućne njage i plaćena dodatna premija osiguranja.
- (2) Troškovi kućne njage se isplaćuju licu koje dokaže da je snosilo te troškove.
- (3) Kućna njega podrazumijeva pomoć u obavljanju kućanskih poslova nakon nesretnog slučaja, psihološku pomoć nakon nezgode, organizaciju posjeta bolnici.
- (4) Ovo pokriće je moguće ugovoriti isključivo uz pokriće troškova liječenja kod individualnih polisa, porodičnih polisa i kolektivnih polisa osiguranja zaposlenika. Ovo pokriće se zaključuje prema Dodatnim uslovima za osiguravajuće pokriće troškova kućne njage u slučaju invaliditeta od posljedica nesretnog slučaja (nezgode).

2.29. Drugo ljekarsko mišljenje kod specijalizovane zdravstvene ustanove u svijetu

Član 29.

- (1) Kod nastanka osiguranog slučaja nastupanja teške bolesti osiguranika, Osiguravač naknadiće troškove za ljekarski pregled kod specijalizovane zdravstvene ustanove u svijetu (drugo ljekarsko mišljenje).
- (2) Iznos naknade i maksimalna obaveza Osiguravača za troškove drugog ljekarskog mišljenja po osiguraniku može biti u maksimalnom iznosu do 1.000,00 EUR (protivvrijednosti u drugoj valuti). Ugovoreni iznos naknade isplaćuje se osiguraniku samo jednom godišnje za svaku ugovorenou godinu osiguranja, uz uslov da je ovo pokriće ugovoreno i plaćena dodatna premija osiguranja.
- (3) Drugo ljekarsko mišljenje podrazumijeva potvrdu dijagnoze i preporuku liječenja, plaćanje troškova puta i smještaja za osiguranika i pratioca, plaćanje troškova lijekova i liječenja u inostranstvu.

- (4) Ovo pokriće je moguće ugovoriti isključivo uz pokriće nastupanja teške bolesti kod individualnih polisa, porodičnih polisa i kolektivnih polisa osiguranja zaposlenika. Ovo pokriće se zaključuje prema Dodatnim uslovima za osiguravajuće pokriće troškova drugog ljekarskog mišljenja kod nastupanja teških bolesti kod specijalizovane zdravstvene ustanove u svijetu.

2.30. Rentna isplata naknade u slučaju invaliditeta većeg od 60 %

Član 30.

- (1) Kod nastanka osiguranog slučaja invaliditeta osiguranika većeg od 60%, Osiguravač je u obavezi isplaćivati mjesečno novčanu naknadu osiguraniku za ugovoren vrijeme trajanja rente.
- (2) Mjesečni iznos novčane naknade iznosi 200,00 KM, a maksimalno agregatno (ukupna obaveza Osiguravača) za ugovoren period rentne isplate do iznosa 60% osigurane sume za trajni invaliditet.
- (3) Rentna isplata može se ugovoriti na period od 10, 15 i 20 godina nakon utvrđenog invaliditeta. U slučaju smrti osiguranika obustavlja se rentna isplata.
Ovo pokriće se zaključuje prema Dodatnim uslovima za rentnu isplatu naknade u slučaju invaliditeta većeg od 60%.

2.31. Određivanje korisnika osiguranja

Član 31.

- (1) Korisnik za slučaj smrti osiguranika utvrđuje se u pravilu polisom osiguranja, ali se može odrediti i naknadno nakon nastanka osiguranog slučaja.
- (2) Ako nije određen korisnik osiguranja, on se određuje prema zakonskim odredbama o nasljeđivanju.
- (3) Ako je korisnik osiguranja maloljetno lice, iznos osiguranja i naknada isplatit će se prema odredbama Porodičnog zakona.

2.32. Postupak vještacenja

Član 32.

Ako ugovarač, osiguranik ili korisnik i Osiguravač nisu saglasni u pogledu vrste, uzroka ili posljedica nesretnog slučaja ni u pogledu obima Osiguravačeve obaveze, utvrđivanje spornih činjenica može se povjeriti vještacima određene specijalizacije. Jednog vještaka imenuje Osiguravač, a drugog suprotna strana. Ako njihovi nalazi nisu saglasni, imenovani vještaci određuju trećeg vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su među njima sporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja. Svaka strana plaća troškove vještaka kojeg je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća polovicu troškova.

2.33. Otkaz ugovora o osiguranju

Član 33.

- (1) Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju s neodređenim trajanjem ako ugovor nije prestao po kojem drugom osnovu. Otkaz se daje pismeno najkasnije 3 (tri) mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja. U tom slučaju ugovor o osiguranju prestaje istekom 24. sata dana označenog kao posljednji dan tekuće godine osiguranja.
- (2) Ako je osiguranje sklopljeno na rok duži od 5 (pet) godina, svaka strana može nakon isteka toga roka, uz otkazni rok od 6 (šest) mjeseci, drugoj strani dati pismenu izjavu da raskida ugovor. Ako je ugovor sklopljen do 5 (pet) godina svaka strana može otkazati ugovor u roku od 30 (trideset) dana dostavljajući pismenu izjavu da raskida ugovor.
- (3) Ugovorom se ne može isključiti pravo svake strane da raskine, odnosno otkaže ugovor kako je gore navedeno.
- (4) Ako ugovarač osiguranja koje je sklopljeno na rok od 2 (dvije) i više godina trajanja osiguranja, raskine ugovor prije ugovorenog roka, dužan je Osiguravaču vratiti odnosno platiti 50% svih na polisi zaračunatih i odobrenih popusta dobivenih po osnovi ugovaranja višegodišnjeg osiguranja, u visini koja je bila propisana u vrijeme davanja popusta, a sve računajući od dana odobrenja popusta, za svaku ugovornu godinu, zaključno do dana vraćanja.

2.34. Nadležnost u slučaju spora

Član 34.

- (1) Sporove iz osiguranja sklopljenog prema Općim uslovima, stranke će rješavati dogovorom ili sudskim putem.
- (2) U slučaju spora između ugovarača osiguranja, osiguranika (korisnika osiguranja) i Osiguravača, nadležan je stvarno nadležni sud prema mjestu sklapanja ugovora o osiguranju.
- (3) Mjerodavno pravo je pravo Bosne i Hercegovine.

2.35. Postupak vansudskog rješavanja spora

Član 35.

- (1) U slučaju da se Osiguravač i korisnik ne slože u pogledu vrste i obima posljedica nesretnog slučaja ili u pogledu toga da li je i u kom obimu povreda osiguranika u uzročnoj vezi sa nesretnim slučajem, osiguranik može uložiti prigovor Osiguravaču, najkasnije u roku od 15 (petnaest) dana računajući od dana prijema prvostepenog rješenja zahtjeva.
- (2) Sva lica koja svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju zaključenog prema Općim uslovima, prvenstveno će sve svoje eventualne sporove sa

Osiguravačem, koji proizilaze ili su u vezi sa predmetnim ugovorom o osiguranju, u primjerenom odnosno zakonskom roku, nastojati rješiti sporazumno, shodno pravilima postupka Osiguravača o vansudskom rješavanju sporova.

(3) Postupak vansudskog rješavanja sporova provodi se na sljedeći način:

- 1) lice iz stava 1. ovog člana nezadovoljno odlukom Osiguravača ima pravo podnošenja prigovora,
- 2) povodom zaprimljenog prigovora, ovlašteno lice Osiguravača uvažavajući navode prigovora, ali i sve ostalo što smatra bitnim, još jednom će pregledati cijelokupni odšteti zahtjev sa pripadajućom dokumentacijom, nakon čega će, najkasnije u roku od 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja prigovora, donijeti konačnu vansudsku odluku u pisanim obliku.

2.36. Sankcijska klauzula

Član 36.

Osiguravač ne pruža pokriće osiguranja te nema obavezu plaćanja potraživanja, plaćanja zahtjeva ili plaćanja bilo kakvih drugih pogodnosti, bez obzira na odredbe ugovora o osiguranju, ako bi takva isplata po zahtjevu ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti izložilo Osiguravača bilo kakvim sankcijama, zabranama ili ograničenjima na osnovu rezolucije Ujedinjenih naroda, trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, kršenju zakona te propisa Europske unije, Velike Britanije ili Sjedinjenih Američkih Država.

2.37. Zastarjelost potraživanja

Član 37.

Potraživanja iz ugovora o osiguranju od posljedica nesretnog slučaja zastarjevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

2.38. Primjena ostalih propisa

Član 38.

Za regulisanje odnosa, prava i obaveza ugovornih stranaka koji nisu regulisani ovim Uslovima, ugovorom o osiguranju i navedenim sastavnim dijelovima ugovora o osiguranju, kao i svim supotpisanim prilozima ugovoru, primjenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

3. POSEBNE ODREDBE KOLEKTIVNO OSIGURANJE LICA

3.39. Način ugovaranja osiguranja

Član 39.

(1) Ugovarač osiguranja u mogućnosti je zaključiti kolektivno (grupno) osiguranje za određenu grupu lica, pod uslovom da ih je osigurano najmanje 10, uz mogućnost ugovaranja kolektivnog osiguranja za manje od 10 lica uz plaćanje doplatka na premiju osiguranja.

(2) Lica koja su osigurana kolektivnom (grupnom) polisom kao članovi određene grupe lica uključuju se u osiguranje, bez obzira na zdravstveno stanje, opštu radnu sposobnost, osim duševno bolesnih lica i lica potpuno lišenih poslovne sposobnosti, koja su u svakom slučaju isključene iz osiguranja.

(3) Osiguranje po ovoj tarifnoj grupi može biti ugovoreno:

- 1) sa jednakom premijom za sve osiguranike i različitim osiguranim sumama, koje se utvrđuju za svakog zaposlenika ili člana prema razredu opasnosti u koji spada njegovo redovno zanimanje,
- 2) sa jednakom premijom i jednakim osiguranim sumama za sve osiguranike na bazi prosječnih premijskih stopa, izračunatih proporcionalno prema broju raspoređenih u razrede opasnosti prema njihovom zanimanju,
- 3) prema razredu opasnosti u koji spada djelatnost cijele organizacije.

3.40. Evidencija osiguranika i konačan obračun premije

Član 40.

(1) Ugovor o kolektivnom (grupnom) osiguranju od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) može se zaključiti sa naznakom i bez naznake imena i prezimena osiguranika.

(2) Ako je ugovoreno kolektivno osiguranje sa naznakom imena i prezimena osiguranika, osiguranjem su obuhvaćena samo ona lica koja se nalaze na popisu u dodatku polise osiguranja.

(3) Ako je ugovoreno kolektivno osiguranje bez naznake imena i prezimena osiguranika, osiguranjem su obuhvaćeni svi registrovani i evidentirani članovi određene grupe lica, tj. zaposlenici pravnog lica, prema njihовоj službenoj evidenciji, ako nije drukčije ugovoreno.

Početno brojno stanje osiguranih lica jednako je brojnom stanju određene grupe lica na dan zaključenja polise kolektivnog osiguranja. Akontativni obračun premije vrši se shodno stvarnom broju osiguranih lica na početnom brojnom stanju.

(4) Ugovoreno kolektivno osiguranje prema popisu u prilogu polise ili prema službenoj evidenciji ugovarača podrazumijeva da ugovoreni iznosi osiguranja označeni u polisi vrijede za sva lica jednako.

(5) Ako je ugovoreno da se na kraju godine osiguranja izvrši konačni obračun premije prema prosječnom broju osiguranih lica (članova, zaposlenika),

ugovoreni iznosi osiguranja koji su za svakog pojedinog osiguranika označeni u polisi, ne mijenjaju se. U tom slučaju ugovarač osiguranja dužan je u roku od 15 (petnaest) dana po isteku svakog mjeseca pismom prijaviti Osiguravaču brojno stanje osiguranih lica koje je bilo posljednjeg dana proteklog mjeseca.

(6) Konačni obračun premije radi se na kraju godine, odnosno po isteku tekuće godine osiguranja ili ranije (polugodišnje, kvartalno i sl.) ako se tako dogovori i to prema prosječnom brojnom stanju osiguranih lica (članova, uposlenika). Prosječno brojno stanje osiguranih lica u toku jedne godine osiguranja utvrđuje se tako što se sabiju brojna stanja lica po službenim evidencijama ugovarača posljednjeg dana u svakom mjesecu godine osiguranja za koju se vrši obračun premije pa se dobijeni zbir podijeli sa 12 (dvanaest) ako se konačni obračun radi godišnje.

Ugovarač je dužan u roku od 15 (petnaest) dana nakon isteka osiguravajuće godine dostaviti osiguravaču tačne podatke o brojnom stanju svih članova određene grupe lica na kraju obračunskog razdoblja.

Ako se tom prilikom po konačnom obračunu utvrdi da je prosječan broj lica veći od broja na dan zaključenja osiguranja navedenog u polisi na osnovu kojeg se određivala premija osiguranja, ugovarač osiguranja je u obavezi platiti razliku u premiji u roku od 30 (trideset) dana po izvršenom konačnom obračunu. Ako je taj broj manji, Osiguravač je obavezan u istom roku vratiti više naplaćenu premiju ili umanjiti taj iznos od premije osiguranja za naredni period.

Ugovarač je dužan Osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje Osiguravač može utvrditi koliko je brojno stanje članova određene grupe lica.

(7) Ako osiguranik želi, u osiguranje se mogu uključiti i uži članovi porodice osiguranog zaposlenika, tj. svi članovi njegovog domaćinstva, gdje je potrebno priložiti popis lica koja se žele osigurati, uz naznaku imena i prezimena osiguranika, a u skladu sa Dopunskim uvjetima za osiguranje članova domaćinstva od posljedica nesretnog slučaja (nezgode).

3.41. Pristupanje i istupanje iz kolektivnog (grupnog) osiguranja lica

Član 41.

(1) Za lica koja su pristupila određenoj grupi osiguranih lica nakon početka osiguranja označenog u polisi, osiguranje počinje istekom onoga dana kad su pristupile grupi osiguranih lica.

(2) Za lica koja su istupila iz određene grupe lica, osiguranje prestaje istekom onoga dana kad su istupile iz grupe osiguranih lica.

(3) Osiguravač nije u obavezi vratiti neiskorišteni dio premije za člana koji je istupio iz grupe osiguranih lica u slučaju kada je polisa zaključena bez naznake imena i prezimena.

3.42. Završne odredbe

Član 42.

Sastavni dio ovih Uslova čini Tabela za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode).

Opći uslovi za osiguranje lica od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) usvojeni su Odlukom Uprave Društva broj: 01-4191-1/21 i primjenjuju se danom donošenja.

Primjenjivanjem ovih Općih uslova za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) stavljuju se van snage i prestaje primjena Općih uvjeta za osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) odobrenih Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj 1.0-059-335/14 od 03.03.2014 godine, Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka radne sposobnosti (invaliditeta) osiguranika kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) na koju je Agencija za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine dala saglasnost broj: 1.0.-059-986/09 od 06.07.2009. te Odluka o izmjenama i dopunama Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) broj 01-2646/16 od 28.11.2016. godine i Tabele za određivanje procenta trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) TAB 2016 usvojene odobrenih Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj: 1.0.-059-3023/16 od 08.02.2017. godine, te:

- Posebni uvjeti za osiguranje osoba od nezgode sa promjenljivim osiguranim sumama usvojeni Odlukom broj 01-520-003/07 od 19.04.2007. odobreni Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj 1.0-021-790-1/07 od 27.08.2007.,

- Dopunski uvjeti za osiguranje dobrovoljnih davalaca krvi od posljedica nesretnog slučaja (nezgode), usvojeni Odlukom broj 01-520-021/07 od 19.04.2007. odobreni Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj 1.0-021-790-1/07 od 27.08.2007.,

- Dopunski uvjeti za osiguranje učesnika u dobrovoljnim radnim akcijama od posljedica nesretnog slučaja (nezgode), usvojeni Odlukom broj 01-520-024/07 od 19.04.2007. odobreni Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj 1.0-021-790-1/07 od 27.08.2007.,

- Dopunski uvjeti za osiguranje omladine za vrijeme obuke u jedinicama TO i CZ od posljedica nesretnog slučaja (nezgode), usvojeni Odlukom broj 01-520-025/07 od 19.04.2007. odobreni Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj 1.0-021-790-1/07 od 27.08.2007.,

- Dopunski uvjeti za osiguranje pretplatnika listova od posljedica nesretnog slučaja (nezgode), usvojeni Odlukom broj 01-520-032/07 od 19.04.2007. odobreni Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj 1.0-021-790-1/07 od 27.08.2007.,

- Dopunski uvjeti za osiguranje obveznika TO i CZ od posljedica nesretnog slučaja, usvojeni Odlukom broj 01-520-037/07 od 19.04.2007. odobreni Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj 1.0-021-790-1/07 od 27.08.2007.,

- Dopunski uvjeti za osiguranje učesnika radničkih sportskih igara, omladinskih i dječijih olimpijada i sl. od posljedica nesretnog slučaja, usvojeni Odlukom broj 01-520-040/07 od 19.04.2007. odobreni Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj 1.0-021-790-1/07 od 27.08.2007.,

- Dopunski uvjeti za osiguranje hajkača (goniča) u lovu od posljedica nesretnog slučaja, usvojeni Odlukom broj 01-520-041/07 od 19.04.2007. odobreni Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj 1.0-021-790-1/07 od 27.08.2007.,

- Dopunski uvjeti paušalno (individualno) osiguranje pri vršenju i izvan vršenja redovnog zanimaњa, usvojeni Odlukom broj 01-520-012/07 od 19.04.2007 godine odobreni Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj 1.0-021-790-1/07 od 27.08.2007. godine.