Na osnovu člana 54. stav 1. tačka n) Statuta „Euros osiguranje“ a.d. Banja Luka, OPU-32/2020 od 25.12.2019. godine i Odluka o izmjeni Statuta „Euros osiguranje“ a.d. Banja Luka OPU- 1258/2020 od 29.05.2020. godine, OPU-2239/2022 od 26.05.2022. godine i OPU-1658/2023 od 28.06.2023. godine Upravni odbor „Euros osiguranje“ a.d. Banja Luka na 18. redovnoj sjednici dana 15.11.2023. godine usvojio je slijedeće:

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

A. UVODNE ODREDBE

Član 1.

Opšti uslovi za osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja

1) Opštim uslovima za osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja (nezgode) (u daljem tekstu: Opšti uslovi) regulišu se odnosi između ugovarača osiguranja, osiguranika i Osiguravača iz ugovora o osiguranju lica od posljedica nesrećnog slučaja, ako za posljedicu ima tjelesnu povredu ili smrt osiguranog lica.

Osiguranje se može ugovoriti za sljedeće slučajeve nezgode:

- smrt osiguranika,
- trajna invalidnost,
- naknada za prolaznu nesposobnost za obavljanje zanimanja,
- naknada za dane provedene u bolnici,
- narušenje zdravlja koje zahtjeva pomoć ljekara (troškovi liječenja),
- spašavanje osiguranika (troškovi spašavanja).

Ostali slučajevi osiguranja regulisani su posebnim i dopunskim uslovima.

2) U polisi osiguranja navedeno je koji su slučajevi, odnosno posljedice nesrećnog slučaja ugovoreni.
3) Opšti uslovi se primjenjuju na ugovore o osiguranju lica od posljedica nesrećnog slučaja izuzev u situaciji kada su u suprotnosti sa posebnim uslovima.
4) Opšti uslovi za osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja, dopunski uslovi za osiguranje od posljedica nesrećnog slučaja, polisa osiguranja od posljedica nesrećnog slučaja kao pismena potvrda o zaključenom ugovoru o osiguranju, ponuda za zaključenje ugovora o osiguranju sastavni su dio ugovora o osiguranju od posljedica nesrećnog slučaja.
5) U slučaju neslaganja neke odredbe Opštih uslova i neke odredbe polise primjeniće se odredbe polise, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe polise i neke njene rukopisne odredbe, primjeniće se ova posljednja.
6) Pojmovi

Pojedini pojmovi u Opštim uslovima znače:

- Osiguravač je EUROS OSIGURANJE a.d. Banja Luka.
- Ugovarač osiguranja je pravno ili fizičko lice koje ss Osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju.
- Ponuđač je lice koje u namjeri da zaključi osiguranje podnese pismenu ili usmenu ponudu Osiguravaču.
- Osiguranik je lice od čije smrti, invalidnosti ili narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume, odnosno naknade. Korisnik je lice kojem se isplaćuje osigurana suma, odnosno naknada.
- Osigurani slučaj je budući, neizvjestan i od volje osiguranika nezavisan događaj koji ima za posledicu ima za posljedicu smrt osiguranika ili tjelesnu povredu (potpunu ili djelomičnu invalidnost), prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtjeva ljekarsku pomoć,odnosno bolničko liječenje ili nastanak troškova liječenja .
- Osigurana suma je najveći iznos do kojeg je Osiguravač u obavezi isplate naknade, kada nastupi osigurani slučaj.
- Premija osiguranja je iznos koji je ugovarač osiguranja obavezan platiti Osiguravaču po ugovoru o osiguranju.
- Polisa osiguranja je dokument o zaključenom ugovoru o osiguranju.
- Ponuda je, u pravilu, pismeni obrazac Osiguravača na kojem ponuđač izjavljuje svoju volju za zaključenje ugovora o osiguranju, ali se može učiniti i usmenim putem.
- List pokrića je privremeni dokaz o zaključenom ugovoru o osiguranju i sadrži bitne elemente ugovora o osiguranju. Ugovor o osiguranju čine ponuda, polisa osiguranja, Opšti i dopunski uslovi osiguranja.

Član 2.

Sposobnost za osiguranje

1) U pravilu se mogu osigurati lica od navršene 14 (četrnaeste) do navršene 75 (sedamdesetpete) godine života. Lica mlađa od 14 godina i starija od 75 godina mogu biti osigurana samo ako je posebnim ili dopunskim uslovima predviđeno.
2) Lica kod kojih je trajna invalidnost nastala usljed neke teže bolesti, kao i lica sa težom tjelesnom manom ili nedostatkom, osiguravaju se uz naplatu povećane premije(doplatak).
3) Duševno bolesna lica i lica potpuno lišena poslovne sposobnosti u svakom slučaju su isključena iz osiguranja, osim ako zakonom nije drugačije određeno.
4) Osiguranjem mogu biti obuhvaćene i lica iz prethodnog stava ako su putnici u javnom saobraćaju.
5) Za lica koja ne mogu biti osigurana ne zaključuje se ugovor o osiguranju.
6) Ukoliko je osiguranik tokom trajanja osiguranja dobio status lica koje ne može biti osigurano, osiguravajuća zaštita odmah prestaje za to lice, a time i ugovor o osiguranju za to lice postaje ništav.

B. UGOVORNE ODREDBE

Član 3.

Zaključenje ugovora o osiguranju

1) Ugovor o osiguranju od posljedica nesrećnog slučaja zaključuje se na osnovu usmene ili pismene ponude.
2) Osiguravač može predhodno tražiti pismenu ponudu od ponuđača na obrascu Osiguravača. Ako ugovarač osiguranja i osiguranik nisu jedno te isto lice, Osiguravač može zatražiti da tu ponudu potpiše i osiguranik.
3) Ako Osiguravač ne prihvati pismenu ponudu, obavezan je u roku od 8 dana od dana njenog primanja o tome pismeno obavijestiti ponuđača.

4) Ako Osiguravač u roku navedenom u stavu 3. ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima Osiguravač zaključuje osiguranje, te ukoliko je ponuđač uplatio premiju ili prvu ratu predviđenu ugovorom o osiguranju, smatraće se da je Osiguravač prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju zaključen.
5) U tom slučaju smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen danom zaprimanja ponude od strane Osiguravača, a ako je upućena poštom od dana kada je ponuda predata na poštu.
6) Ako Osiguravač izjavi da prihvata ponudu samo pod posebnim uslovima osiguranje se smatra zaključenim danom kada je Osiguravač zaprimio pismenu izjavu ugovarača osiguranja o pristanku na izmjenjene uslove.
7) Smatra se da je ponuđač odustao od zaključenja ugovora, ako na izmijenjene uslove ne pristane u roku od 8 dana od primanja preporučenog pisma Osiguravača.
8) Ako osiguranje ne bude zaključeno, ponuda i priložena dokumentacija ne vraćaju se ponuđaču.
9) Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovora vrijede samo ako su zaključeni u pismenom obliku.
10) Potpis ugovarača osiguranja na ponudi za osiguranje vrijedi kao potpis na polisi osiguranja.

Član 4.

Teritorijalno važenje osiguranja

Osiguranje je na snazi u svim zemljama svijeta, osim u slučajevima predviđenim u članu 10. tačka. I-6. ovih Opštih uslova.

Član 5.

Trajanje osiguranja

1) Osiguranje počinje u 24,00 sata dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno, i prestaje u 24,00 sata dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.
2) Ako je u polisi naveden samo početak osiguranja, osiguranje se produžuje iz godine u godinu sve dok ga koja ugovorna strana ne otkaže.
3) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 24,00 sata bez obzira da li je i koliko ugovoreno trajanje onog dana kada:

- nastupi smrt osiguranika ili bude ustanovljena 100%-na invalidnost,
- osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti u skladu s članom 2. Opštih uslova,
- istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navrši 75 godina života,
- protekne rok iz člana 12. stav 6. ovih Opštih uslova, a premija do toga roka nije plaćena,
- bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 18. ovih Opštih uslova.

Početak i prestanak obaveze Osiguravača

1) Obaveza Osiguravača počinje u 24,00 sata dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, ali ne prije 24,00 sata dana kada je plaćena prva premija, osim ako je u polisi ili dopunskim uslovima drugačije ugovoreno.
2) Obaveza Osiguravača prestaje u 24,00 sata dana kada istekne rok trajanja označen u polisi.

Član 6.

Pojam nesrećnog slučaja

1) Nesrećnim slučajem u smislu Opštih uslova smatra se svaki iznenadni od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu smrt osiguranika ili tjelesnu povredu (potpunu ili djelomičnu invalidnost), prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtjeva ljekarsku pomoć.
2) Nesrećnim slučajem se, u smislu predhodnog stava, smatraju naročito sljedeći događaji:

- sudar,
- udar kakvim predmetom ili o kakav predmet,
- gaženje osiguranika,
- udar električne struje ili groma,
- pad, okliznuće, survavanje,
- ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijalima,
- ubod kakvim predmetom,
- udar ili ujed životinje i
- ubod insekta osim ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest.

3) Nesrećnim slučajem se smatraju takođe i sljedeći događaji koji ne zavise od volje osiguranika:

- trovanje hranom ili hemijskim sredstvima iz neznanja osiguranika, osim profesionalnih bolesti,
- infekcija ozljede prouzrokovana nesrećnim slučajem, trovanje usljed udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti,
- opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i slično,
- utapanje ili davljenje,
- gušenje ili ugušenje usljed zatrpavanja zemljom, pijeskom i slično,
- istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prelom kostiju koji nastanu usljed naglih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima ukoliko je to nakon ozljede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi,
- djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je osiguranik bio izložen neposredno radi jednog prije toga nastalog nesrećnog slučaja, ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog života,
- djelovanje rendgenskih ili radijskih zraka, ako nastupe naglo ili iznenada, osim profesionalnih bolesti.

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

- bolesti, pa niti zarazne bolesti nastale kao posljedica nesrećnog slučaja, profesionalne bolesti (bolesti zanimanja) i bolesti nastale usljed psihičkih disfunkcija bez obzira na uzrok,
- trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu usljed izravnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je nakon ozljede utvrđena traumatska kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena ozljeda mekih djelova trbušnog zida u tom području,
- infekcije i oboljenja koje nastanu usljed raznih alergija, rezanja ili kodanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože,
- anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju radi nastalog

nesretnog slučaja,

- hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, išialgija, fibrozitis i sve pato-anatomske promjene slabinsko krstačne regije označene analognim terminima, ukoliko nisu izazvane izravnim mehaničkim uticajem na kralježnicu,
- odljepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promjenjenog oka, a izuzetno se priznaje odljepljenje mrežnice prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi direktne vanjske ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi,
- posljedice, koje nastanu usljed delirijum tremensa i djelovanja psihoaktivnih supstanci,
- posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se poduzimaju radi liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo usljed dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis),
- patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize, sistematske neuro-muskularne bolesti i endokrine bolesti.

C. PRAVA IZ OSIGURANJA

Član 7.

Obim obaveze Osiguravača

I. Trajni invaliditet

Trajni invaliditet je trajni potpuni ili djelomični gubitak funkcije dijela tijela ili organa, potpuni ili djelimični gubitak dijela tijela ili organa, utvrđen nakon završenog liječenja.

1) Osiguravač se obavezuje da će isplatiti i to:

- osiguranu sumu za slučaj trajnog invaliditeta, ako usljed nesrećnog slučaja nastupi potpuni 100% trajni invaliditet kod osiguranika.
- procenat od osigurane sume za slučaj trajnog invaliditeta koji odgovara stepenu djelimičnog trajnog invaliditeta, ako usljed nesrećnog slučaja nastupi djelimični trajni invaliditet kod osiguranika.

2) Stepen trajnog invaliditeta utvrđuje se prema Tabeli za određivanje procenta trajnog invaliditeta kao posljedice nesrećnog slučaja (u daljem tekstu Tabela invaliditeta).
3) Pri funkcionalnom oštećenju ekstremiteta, procenat invaliditeta se mjeri u zavisnosti od funkcionalne nesposobnosti cijelih ekstremiteta.
4) Ako se stepen trajnog invaliditeta ne može odrediti prema kriterijima iz Tabele invaliditeta, tada je odlučujuće u kojoj je mjeri sa medicinskog stanovišta došlo do smanjenja fizičkih, odnosno psihičkih funkcija.
5) Ako neko oštećenje nije predviđeno u Tabeli invaliditeta, procenat invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koja su predviđena u Tabeli invaliditeta.
6) Kod višestrukih ozljeda pojedinih dijelova tijela ili organa ukupan invaliditet ne može preći procenat koji je određen u Tabeli invaliditeta za potpuni gubitak pojedinog dijela tijela ili organa.
7) Više procenata djelomičnog invaliditeta u pravilu se zbrajaju, ali stepen invaliditeta nakon nesrećnog slučaja ograničen je na 100%.
8) Isplata naknade može se izvršiti u prvoj godini nakon nesrećnog slučaja samo ako se sa medicinskog stanovišta može definitivno utvrditi vrsta i obim posljedica nesrećnog slučaja.
9) Ukoliko se ne može utvrditi konačni stepen invaliditeta u skladu sa prethodnim stavom, osiguranik i Osiguravač u periodu od tri godine nakon nesrećnog slučaja imaju pravo jednom godišnje tražiti ljekarsku procjenu stepena invaliditeta, pri čemu procjenu obavlja ljekarska komisija. Ako se niti po isteku tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja ne može utvrditi konačni procenat trajnog invaliditeta, kao konačno stanje uzima se stanje po isteku toga roka i prema tom procentu se određuje procenat invaliditeta. Na osnovu konačne procjene, Osiguravač isplaćuje razliku između konačne i do tada već isplaćene naknade.
10) Ako je kod osiguranika već postojao trajni invaliditet kao posljedica ozljede, bolesti ili degenerativnih promjena prije nastanka osiguranog slučaja, obaveza Osiguravača određuje se prema novom invaliditetu, odnosno prema razlici ukupnog procenta invaliditeta nakon i procenta invaliditeta prije nastanka nesrećnog slučaja, u skladu s Tabelom invaliditeta.
11) U slučaju smrti osiguranika i to:

- u razdoblju od godine dana nakon nesrećnog slučaja, ne postoji obaveza Osiguravača na temelju invaliditeta,
- u razdoblju od godinu dana nakon nesrećnog slučaja zbog uzroka koji nije povezan sa nesrećnim slučajem, naknada se isplaćuje prema stepenu trajnog invaliditeta uzetog u obzir na temelju posljednjeg ljekarskog nalaza,
- od posljedica nesrećnog slučaja ili zbog uzroka koji nije povezan sa nesrećnim slučajem nakon što je prošlo godinu dana od nesrećnog slučaja, naknada se takođe isplaćuje prema stepenu trajnog invaliditeta uzetog u obzir na temelju posljednjeg ljekarskog nalaza.

12) Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje osiguranika (profesionalne posobnosti) ne uzimaju se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.

II - Smrt osiguranika

1) Ukoliko osiguranik umre od posljedica nesrećnog slučaja u razdoblju od godine dana od nesrećnog slučaja, isplaćuje se osigurana suma za slučaj smrti.
2) Naknada u slučaju smrti umanjuje se za isplatu za trajni invaliditet usljed istog nesrećnog slučaja koji se već desio ako je smrt nastupila unutar godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja. Osiguravač ne može tražiti povrat preplaćene naknade za trajni invaliditet.

III - Dnevna naknada

Ako je osiguranik usljed nesrećnog slučaja privremeno nesposoban za rad Osiguravač će isplatiti ugovorenu dnevnu naknadu, ali najduže 200 dana unutar godine dana od dana nesrećnog slučaja.

IV - Dnevna naknada za boravak u bolnici

1) Naknada za boravak u bolnici plaća se za svaki kalendarski dan koji osiguranik zbog nekog osiguranog slučaja provede na bolničkom liječenju, a najduže 200 dana unutar godine dana od dana nesrećnog slučaja.
2) Bolnicama se smatraju zdravstvene ustanove, koje imaju dozvolu ministarstva zdravlja i ispunjavaju druge zakonom propisane uslove i vode ih ljekari, imaju stalni ljekarski nadzor, te nisu ograničene na primjenu određenih terapeutskih metoda, kao što su na primjer opšte ili specijalne bolnice, klinike, kliničke bolnice, klinički bolnički centri te lječilišta. Bolnicama se ne smatraju sanatoriji i lječilišta za plućne bolesti, te neizlječive

hronične bolesti, rehabilitacioni centri, starački domovi i zdravstveni odjeli u staračkim domovima, banje i sanatoriji za duševne bolesnike.

V - Troškovi u vezi nesrećnog slučaja

- Osiguravač će naknaditi troškove u vezi nesrećnog slučaja do iznosa ugovorene osigurane sume za troškove, ako su nastali unutar godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja i ako nisu pokriveni javnim zdravstvenim osiguranjem ili nekim drugim osiguranjem.
- Ako su troškovi u vezi nesrećnog slučaja samo djelimično pokriveni zdravstvenim ili nekim drugim osiguranjem, Osiguravač će naknaditi samo one troškove koji je snosio sam osiguranik.
- Može se ugovoriti pokriće sljedećih troškova:
    1. troškovi liječenja
    2. troškovi spašavanja

1. Troškovi liječenja

- troškovi liječenja su neophodni i nužni troškovi nastali u vezi sa uklanjanjem posljedice nesrećnog slučaja, koji su prema odluci ljekara bili neophodni.
- prva nabavka zubnih supsituta, proteza ili ostalih pomagala, kao i ostale nabavke koje su prema odluci ljekara bile neophodne.

Troškovi za kupališta, putovanja i boravak na odmoru, zatim troškovi popravke ili ponovne nabavke zubnih supstituta, proteza ili drugih umjetnih pomagala neće biti nadoknađeni.

2. Troškovi spašavanja

Troškovi spašavanja su neophodni i dokumentirani troškovi potrage za osiguranikom i njegovog transporta do sljedeće prohodne ceste ili do najbliže bolnice u odnosu na mjesto nesrećnog slučaja, ukoliko je osiguranik:

- pretrpio nesrećni slučaj ili doživio nesrećni slučaj u brdima ili na vodi, te ga je bilo potrebno spašavati u ozlijeđenom ili neozlijeđenom stanju,
- pretrpio ili doživio nesrećni slučaj u brdima ili na vodi i umro tokom nesrećnog slučaja, te je bila potrebna intervencija spasilačke ekipe. Pokriće troškova spašavanja može se ugovoriti samo uz neke vidove osiguranja nesrećnog slučaja (na primjer uz osiguranje članova planinarskog društva). Troškovi spašavanja u pravilu se isplaćuju licu koje dokaže da je te troškove stvarno i snosilo.

Član 8.

Dospjeće obaveze Osiguravača

1) Osiguravač je obavezan isplatiti osiguranu sumu ili naknadu u skladu sa ugovorom o osiguranju u roku od 14 dana od dana podnošenja zahtjeva, odnosno zaprimanja kompletne dokumentacije navedene u članu 14. ovih Opštih uslova.
2) Izuzetno, ako se ne može utvrditi obaveza (pravni osnov) ili visina isplate, navedeni rok počinje teći od dana utvrđivanja obaveze (pravnog osnova) i visine isplate.
3) Ukoliko Osiguravač ne isplati osiguranu sumu u roku iz stava 1. i 2., obavezan je da za zakašnjele isplate plati zatezne kamate po propisanim stopama.
4) Akontacija naknade

Ako Osiguravač ne izvrši isplatu u roku od 14 dana zato što nije moguće utvrditi konačan procenat invaliditeta, obavezan je na zahtjev ovlašćenog lica isplatiti iznos nespornog dijela svoje obaveze na ime akontacije naknade.

Nespornim dijelom obaveze smatra se isplata koja odgovara procentu trajnog invaliditeta za koji se može na temelju medicinske dokumentacije utvrditi da će trajno ostati.

5) Kad Osiguravač isplati osiguranu sumu licu koje bi na istu imalo pravo da ugovarač osiguranja nije odredio korisnika, Osiguravač se oslobađa obaveze iz ugovora o osiguranju ukoliko u trenutku isplate nije znao, niti je mogao znati, da je korisnik određen oporukom ili nekim drugim aktom koji mu nije dostavljen. Korisnik ima pravo zahtjevati povrat isplate od lica koje je od Osiguravača primilo osiguranu sumu. Isto vrijedi i u slučaju promjene korisnika.

D.OGRANIČENJA OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE

Član 9.

Ograničenje obima naknade

Naknada će biti isplaćena samo za posljedice izazvane nastupom nesrećnog slučaja (tjelesna povreda ili smrt osiguranika) u smislu člana 6. ovih Opštih uslova i ako su nesrećni slučaj doživjela osigurana lica u smislu člana 2. ovih Opštih uslova.

Osim toga vrijedi:

1) Kod procjene stepena invaliditeta naknada se umanjuje se iznos stepena predinvaliditeta samo onda, ako se nesrećni slučaj odrazio na neku tjelesnu ili psihičku funkciju koja je već ranije bila zahvaćena nekim oštećenjem (član 7. stav 10. Opštih uslova).
2) Ako su bolesti ili tjelesne mane koje su postojale već prije nesrećnog slučaja uticale na posljedice nesrećnog slučaja, u slučaju invaliditeta, umanjuje se procenat za stepen invaliditeta, a inače naknada se smanjuje srazmjerno udjelu bolesti ili tjelesne mane, ukoliko taj udio iznosi najmanje 25%.
3) Kod organski uslovljenih poremećaja nervnog sistema, naknada će biti isplaćena samo, ako se taj poremećaj može svesti na neko organsko oštećenje prouzrokovano nesrećnim slučajem. Psihički poremećaji (neuroze, psihoneuroze) ne smatraju se posljedicom nesrećnog slučaja.

Član 10.

Isključenje obaveze Osiguravača

I - Osiguranjem nisu obuhvaćeni nesrećni slučajevi nastali:

1) usljed toga što je osiguranik namjerno prouzrokovao nesrećan slučaj.
2) usljed pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika, iz bilo kojeg razloga.
3) prilikom pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog djela s umišljajem, te pri bijegu poslije takve radnje.
4) usljed unutrašnjih nemira, ako je osiguranik u njima učestvovao na strani onih koji su ga potakli.
5) usljed aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik učestvovao po svom redovnom zanimanju. Također nisu obuhvaćeni nesrećni slučajevi koji nastanu ako je osiguranik samoinicijativno učestvovao u zaštiti imovine i lica.

6) u neposrednoj ili posrednoj vezi s ratnim događajima bilo koje vrste.
7) usljed tjelesnih povreda u vrijeme liječenja, odnosno zahvata, koje je osiguranik sam poduzeo ili ih je dao poduzeti, osim ako je osigurani slučaj bio povod.
8) usljed toga što je korisnik namjerno prouzrokovao smrt osiguranika, a ako je više korisnika isključen je samo onaj koji je namjerno prouzrokovao smrt osiguranika.
9) usljed šteta kao posljedica zemljotresa.
10) posredno ili neposredno usljed uticaja jonizirajućih zračenja ili atomske energije, osim ukoliko osigurani slučaj nije bio povod za te uticaje.

II - Isključenja uz mogućnost posebnog ugovaranja

Ako se posebno ne ugovori i ne plati odgovarajuća premija, osiguranjem nisu obuhvaćene posljedice nesrećnog slučaja koje nastanu:

1) pri upravljanju i vožnji avionom i letjelicama svih vrsta, kao i pri sportskim skokovima padobranom, osim u svojstvu putnika u javnom prevozu.
2) pri treningu i sudjelovanju osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije i to sljedećih sportova: fudbal, hokej na ledu, ragbi, džiju-džicu, džudo, karate, boks, hrvanje, skijanje, skijaški skokovi, alpinizam i podvodni ribolov, kao i pri automobilskim, motociklističkim utrkama, moto-krosu kao i pri probnim vožnjama i reliju, te bavljenja svim ostalim sportovima koji su, prema rizičnosti sporta, raspoređeni u VI i viši razred opasnosti tarife Osiguravača.
3) usljed aktiviranja minsko-eksplozivnih sredstava i vatrenog oružja prilikom obavljanja profesionalne dužnosti demontera mina, granata ili drugih eksplozivnih sredstava.
4) takođe, ukoliko posebno nije ugovoreno, osiguranjem nisu obuhvaćene posljedice nesrećnog slučaja koje nastanu kod lica koje predstavlja anormalni rizik zato što je preboljelo neku težu bolest, da je u trenutku zaključenja ugovora bila teže bolesna ili opterećena urođenom ili stečenom tjelesnom manom ili nedostacima.

   - Smatra se da lica predstavljaju anormalni rizik ako im je invaliditet veći od 50%, prema posebnim uslovima za osiguranje uvećanih rizika (anormalni rizik), koji su sastavni dio Opštih uslova.

Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u trenutku njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju ili je bilo izvjesno da će nastupiti, a uplaćena premija se vraća ugovaraču osiguranja umanjena za troškove Osiguravača.

Član 11.

Gubitak prava iz osiguranja

Osiguranik, odnosno korisnik osiguranja gubi svoja prava iz osiguranja ako je nesrećni slučaj nastao:

1) prilikom upravljanja prevoznim sredstvom bilo koje vrste bez propisne javne isprave za upravljenje tim prevoznim sredstvom. Također, osiguranik gubi prava iz osiguranja ako je dopustio da prevoznim sredstvom upravlja maloljetno ili lice bez propisne javne isprave i tom prilikom doživi nesrećni slučaj.

Prethodne odredbe su ništavne ako okolnost što osiguranik ili neko drugo lice nije posjedovalo javnu ispravu nikako nije uticala na nastanak i obim nesrećnog slučaja. Osposobljavanje za upravljanje i polaganje ispita samo uz neposredni nadzor ovlaštenog instruktora nije isključeno iz pokrića.

2) usljed dokazane uzročne veze djelovanja alkohola, narkotika ili lijekova na psihičko stanje osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se da je nesrećni slučaj nastao usljed djelovanja alkohola ili narkotika:

- ako se neposredno poslije nesrećnog slučaja metodom mjerenja količine alkohola u krvi, utvrdi 0,50 promila (10,85 mmol) ili više kod vozača, a kod ostalih 1,00 promil (21,70 mmol) ili više ili su u organizmu pronađeni tragovi narkotičkih sredstava.
- ako osiguranik poslije nesrećnog slučaja odbije podvrgnuti se ispitivanju alkoholiziranosti ili prisustva narkotika u krvi ili organizmu.

E. OBAVEZE UGOVARAČA OSIGURANJA I OSIGURANIKA

Član 12.

Plaćanje premije osiguranja

1) Ugovarač osiguranja je obavezan platiti ugovorenu premiju osiguranja, ali je Osiguravač obavezan primiti uplatu premije od svakog lica koja ima pravni interes da premija bude plaćena.
2) Premija se plaća u ugovorenim rokovima, a ako treba da se plati odjednom, plaća se prilikom zaključenja ugovora.
3) Premija se plaća Osiguravaču putem organizacije za platni promet, odnosno kako se ugovori. Ako se premija plaća putem organizacije za platni promet, smatra se da je plaćena u 24,00 sata dana kad je uplaćena ili kad je nalog za plaćanje predat.
4) Ako je ugovoreno da se premija plaća prilikom zaključenja ugovora, obaveza Osiguravača da plati naknadu ili sumu određenu ugovorom počinje narednog dana od dana uplate premije.
5) Ako je ugovoreno da se premija plaća poslije zaključenja ugovora, obaveza Osiguravača da isplati naknadu ili sumu određenu ugovorom, počinje od dana određenog u ugovoru kao dana početka osiguranja.
6) Ako ugovarač osiguranja ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku tridesetog dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguravača sa obavještenjem o dospjelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne trideset dana od dospjelosti premije.
7) U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospjelosti.
8) Premija ugovorena za tekuću godinu osiguranja pripada Osiguravaču i kada osiguranje prestane prije ugovorenog isteka radi isplate osigurane sume za slučaj smrti ili 100% trajne invalidnosti.
9) Ako je ugovoreno plaćanje u ratama, Osiguravač ima pravo na premiju za cijelu godinu trajanja osiguranja. Osiguravač ima pravo da sve neplaćene rate premije tekuće godine osiguranja naplati prilikom bilo koje isplate iz osnova tog osiguranja.
10) U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju prije isteka ugovorenog roka, Osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje.
11) Ugovarač osiguranja je obavezan, osim ugovorenih premija, platiti sve doprinose i poreze uvedene propisima.

12) Za svaki dan prekoračenja roka Osiguravač može zaračunati zateznu kamatu u visini određenoj popisima.

Član 13.

Promjena zanimanja (opasnosti) tokom trajanja osiguranja

1) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik obavezan je prijaviti Osiguravaču promjenu zanimanja.
2) Ako promjena zanimanja utiče na promjenu opasnosti, Osiguravač će u slučaju povećanja opasnosti predložiti povećanje premije, a u slučaju smanjenja opasnosti, smanjenje premije ili povećanje osiguranih suma. Tako određene osigurane sume i premija vrijede od dana promjene zanimanja.
3) Ako ugovarač osiguranja ne prijavi promjenu zanimanja niti prihvati povećanje, odnosno smanjenje premije u roku od 14 dana od dana primitka prijedloga, a u međuvremenu nastane osigurani slučaj, naknada se smanjuje ili povećava u srazmjeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti.

Član 14.

Prijava osiguranog slučaja

1) Ako bude povrijeđen, osiguranik je obavezan:

- odmah zatražiti ljekarsku pomoć, a liječenje nastaviti sve do potpunog oporavka. Potrebno je također pobrinuti se za odgovarajuću njegu, te po mogućnosti i za otklanjanje i ublažavanje posljedica nesrećnog slučaja.
- pismeno obavijestiti Osiguravača o nesrećnom slučaju, u roku kad to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće.

2) Ako nesrećni slučaj ima za posljedicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja obavezan je o tome pismeno obavijestiti Osiguravača u roku od 3 dana, čak i ako je nesrećni slučaj već bio prijavljen.

3) Pismena prijava

Uz pismenu prijavu Osiguravaču, osiguranik odnosno korisnik osiguranja je obavezan priložiti sljedeća dokumenta u slučaju:

1. smrti osiguranika

- polisu osiguranja od posljedica nesrećnog slučaja,
- dokaz o uplaćenoj premiji osiguranja,
- izvod iz matične knjige umrlih,
- dokaz da je nastupio osigurani slučaj smrti osiguranika,
- dokaz o svojem pravu na primanje osigurane sume, ako ugovorom o osiguranju nije izričito naveden korisnik osiguranja.

2. trajne invalidnosti

- polisu osiguranja od posljedica nesrećnog slučaja,
- dokaz o uplaćenoj premiji osiguranja,
- dokaz o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja (mjestu, vremenu i uzroku nastanka nesrećnog slučaja),
- medicinsku dokumentaciju, koja će kao dokaz o ustaljenim posljedicama nesrećnog slučaja poslužiti za utvrđivanje konačnog procenta trajne invalidnosti.

3. ugovorene dnevne naknade za prolaznu nesposobnost za obavljanje zanimanja i dnevne naknade za boravak u bolnici:

- polisu osiguranja od posljedica nesrećnog slučaja,
- dokaz o uplaćenoj premiji osiguranja,
- potvrda ljekara koji je liječio ozlijeđenog osiguranika, koja mora sadržavati sljedeće:
  - ljekarski nalaz sa potpunom dijagnozom,
  - podatke o početku liječenja,
  - razloge zašto je liječenje započeto,
  - vremenski period (datum početka i prestanka) za koji osiguranik nije bio sposoban za obavljanje zanimanja
  - otpusna lista iz bolnice, original ili ovjerena fotokopija, ukoliko je osiguranik boravio u bolnici.

4. u slučaju ugovorenih troškova vezanih uz nesrećni slučaj

- polisu osiguranja od posljedica nesrećnog slučaja,
- dokaz o uplaćenoj premiji osiguranja,
- dokaz da su troškovi posljedica osiguranog nesrećnog slučaja,
- originalne račune, kao dokaz o plaćenim troškovima.

Dokazivanje okolnosti nastanka nesrećnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju padaju na teret podnosioca zahtjeva. Osiguravač ima pravo od podnosioca zahtjeva, zdravstvene ustanove ili bilo kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica tražiti naknadna objašnjenja i dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu osigurane sume, odnosno naknade.
U slučaju smrti osiguranika, Osiguravač ima pravo zahtjevati ljekarski pregled te pravo obdukcije, ako je neophodno i ekshumacije.

Ako ugovarač, osiguranik ili korisnik ne prijavi nesrećni slučaj uz odgovarajuću dokumentaciju prema odredbama ovih Opštih uslova, već odmah pokrene sudski spor protiv Osiguravača, takva tužba nema značaj prijave i smatra se da je preuranjena. Svi troškovi ovakvog sudskog postupka (sudske takse, troškovi vještačenja, nagrada i troškovi advokata, svjedoka i drugo) bez obzira na ishod sudskog spora padaju na teret tužioca. Tužilac u ovakvim sporovima nema pravo na naknadu kamata na presuđeni iznos.

F. OSTALE UGOVORNE ODREDBE

Član 15.

Prelaz prava na naknade

1) Osiguravač koji je isplatio osiguranu sumu ne može imati ni po kojem osnovu pravo na naknadu od trećeg lica odgovornog za nastupanje osiguranog slučaja.
2) Pravo na naknadu od trećeg lica odgovornog za nastupanje osiguranog slučaja pripada osiguraniku odnosno korisniku nezavisno o njegovom pravu na osiguranu sumu.
3) Odredbe prethodnog stava ne odnose se na slučaj kad je osiguranje od posljedica nesrećnog slučaja ugovoreno kao osiguranje od odgovornosti.

Član 16.

Korisnik osiguranja

I - Korisnik za slučaj smrti osiguranika

1) Ako se osiguranje odnosi na život nekog drugog lica koje je osiguranik, za određivanje korisnika potrebna je i pismena saglasnost tog drugog lica/osiguranika.
2) Korisnik za slučaj smrti osiguranika utvrđuje se polisom osiguranja.
3) Korisnik ne mora biti određen po imenu, već je dovoljno da polisa sadrži neophodne podatke za njegovo određivanje.
4) Ako u polisi osiguranja nije drugačije ili uopšte nije ništa određeno korisnici za slučaj osiguranikove smrti smatraju se zakonski nasljednici.
5) Kada su za korisnika određena djeca ili potomci, korist pripada i onima koji su rođeni kasnije, a korist namjenjena supružniku pripada licu koje je bilo u braku sa osiguranikom u trenutku njegove smrti. Osigurana suma za slučaj smrti dijeli se na jednake dijelove.
6) Ako je korisnik maloljetno lice, osigurana suma biće isplaćena roditeljima, odnosno starateljima.
7) Kada su za korisnika određena djeca, potomci i uopšte nasljednici, ako ugovarač osiguranja nije odredio kako će se obaviti podjela između njih, podjela će se obaviti razmjerno njihovim nasljedničkim dijelovima. Korisnici bližeg reda isključuju pravo na osiguranu sumu za slučaj smrti korisnika daljneg reda.
8) Ako korisnici nisu zakonski nasljednici, osigurana suma bit će podijeljena na jednake dijelove.

II - Korisnik za slučaj tjelesne povrede osiguranika

1) Korisnik za slučaj invaliditeta, dnevne naknade i troškova vezanih uz nesrećni slučaj je osiguranik, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
2) Ako je maloljetno lice korisnik osiguranja, isplatu osigurane sume, odnosno naknade, isplatiće Osiguravač njegovim roditeljima, odnosno staratelju. U tom slučaju Osiguravač ima pravo od ovih lica zahtjevati da predhodno pribave rješenje nadležnog organa starateljstva na pravo primanja osigurane sume, odnosno naknade, koja pripada maloljetnom licu.
3) U slučaju smrti osiguranika prije isplate naknade za koju je osiguranik ujedno i korisnik osiguranja, a prema Opštim uslovima postoji obaveza Osiguravača za isplatu naknade po tom osnovu, naknada se isplaćuje osiguranikovim zakonskim nasljednicima.

Član 17.

Postupak kod spornih slučajeva (ljekarska komisija)

1) Kod spornih pitanja vezanih uz vrstu i obim posljedica nesrećnog slučaja ili o tome u kojoj se mjeri posljedice koje su se javile mogu pripisati osiguranom slučaju, te nadalje o uticaju bolesti ili tjelesnih mana na posljedice nesrećnog slučaja kao u slučaju člana 7. stav 10. ovih Opštih uslova, odlučuje ljekarska komisija.
2) U spornim slučajevima o kojima prema tački 1. odlučuje ljekarska komisija, osiguranik može u roku od 6 mjeseci od dostave odluke Osiguravača u skladu s članom 8. podnijeti žalbu uz obrazloženje svog zahtjeva, te zatražiti da odluku donese ljekarska komisija.
3) Osiguravač također ima pravo zatražiti mišljenje ljekarske komisije.
4) U ljekarsku komisiju Osiguravač i osiguranik imenuju po jednog ljekara vještaka. Ako jedna od ugovornih strana u roku od dvije sedmice nakon pisanog zahtijeva nije imenovala vještaka, njega će odrediti nadležni sud. Prije početka svog rada oba ljekara sporazumno biraju još jednog vještaka za predsjednika koji će biti arbitar u slučaju da se u cjelosti ili djelimično ne mogu složiti, te će donijeti odluku u okviru granica ekspertize ove dvojice vještaka. Ako se imenovani vještaci ne mogu složiti oko izbora vještaka - predsjednika, nadležni sud imenovaće vještaka za medicinska pitanja koji će biti zadužen za taj osigurani slučaj.
5) Osiguranik je obavezan podvrgnuti se pregledu pred ljekarskom komisijom i svim onim mjerama koje komisija smatra neophodnim.
6) Ljekarska komisija pismeno obrazlaže svoju odluku.
7) Ljekarska komisija sama određuje svoje troškove, a snosiće ih srazmjerno ishodu postupka Osiguravač i osiguranik.

Član 18.

Otkaz ugovora o osiguranju

Ako je ugovor o osiguranju zaključen na najmanje godinu dana, on se automatski produžava na sljedeću godinu, osim ako nije otkazan najmanje 3 mjeseca prije isteka ugovora o osiguranju. Ako je ugovor zaključen na rok duži od 5 godina svaka strana može nakon isteka tog roka uz otkazni rok od 6 mjeseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor o osiguranju.
Ako je ugovor o osiguranju zaključen na manje od godinu dana, prestaje važiti bez otkaznog roka.

1) Otkaz ugovarača osiguranja

- Nakon nastupa osiguranog slučaja ugovarač osiguranja može otkazati Ugovor o osiguranju, ako je Osiguravač odbio opravdani odštetni zahtjev ili je odugovlačio s njegovim priznanjem.
- Otkaz može stupiti na snagu odmah ili krajem tekućeg perioda osiguranja.

2) Otkaz Osiguravača

- Ako ugovarač osiguranja kod zaključenja osiguranja nije ispunio obaveze tačne prijave podataka, nije tačno prijavio stanje koje može uticati na procjenu rizika ili nije prijavio povećani rizik nakon zaključenja ugovora, Osiguravač može raskinuti ugovor u skladu sa zakonskim propisima.
- Osiguravač može prihvatiti ugovor pod uslovom da ugovarač osiguranja plati veću premiju koja odgovara novonastalim uslovima.
- Nakon nastupa osiguranog slučaja Osiguravač može otkazati ugovor o osiguranju, ako je ustanovljena obaveza za naknadu ili već isplaćena, ili je odštetni zahtjev korisnika osiguranja bio zasnovan na prevari.
- Ako je korisnik osiguranja odštetni zahtjev temeljio na prevari, Osiguravač može odmah otkazati ugovor o osiguranju.
- Ako je s obzirom na dogovoreno trajanje ugovora o osiguranju Osiguravač odobrio popust na premiju, u slučaju prijevremenog raskida ugovora, Osiguravač može zatražiti naknadnu uplatu iznosa za koji bi premija bila uvećana, da je ugovor zaključen samo za onaj period u kojem je ugovor stvarno bio na snazi.

Član 19.

Izmjena uslova osiguranja i tarifa premija

1) Ako Osiguravač izmjeni uslove osiguranja ili tarifu premija dužan je o tome pismeno ilina drugi pogodan način obavijestiti ugovarača osiguranja najkasnije šezdeset dana prije isteka tekuće godine osiguranja.
2) Ugovarač osiguranja ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 60 dana od dana prijema obavještenja. U tom slučaju ugovor o osiguranju prestaje istekom tekuće godine osiguranja.
3) Ako ugovarač osiguranja ne otkaže ugovor o osiguranju u roku iz stava 2. ovoga člana, ugovor o osiguranju se početkom sljedećeg perioda osiguranja mijenja u skladu s izvršenim promjenama u uslovima osiguranja odnosno tarifi premija.

Član 20.

Zastarjelost potraživanja

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarjevaju prema odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

G. ZAVRŠNE ODREDBE

Član 21.

Pravni okvir

Na pravne odnose između Osiguravača, ugovarača osiguranja, osiguranika, korisnika i drugih lica kojih se tiče, a koji nisu regulisani ovim Opštim uslovima, primjenjivati će se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Član 22.

Nadležnost u slučaju spora

U slučaju spora između ugovarača osiguranja odnosno osiguranika i Osiguravača, nadležan je sud u sjedištu Osiguravača.

Član 23.

Stupanje na snagu

Ovi uslovi stupaju na snagu i primjenjuju se danom usvajanja od strane Upravnog odbora. Stupanjem na snagu ovih opštih uslova, prestaju da se primjenjuju Opšti uslovi za osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja od 15.02.2016. godine.

PREDSJEDNIK UPRAVNOG ODBORA

Broj: UO-18-R-2/U.1/23
Banja Luka, 15.11.2023.