



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

UVODNE ODREDBE

Član 1.

(1) Ovi opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) u daljem tekstu: Uslovi sastavni su dio ugovora o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja koje ugovarač osiguranja zaključuje sa »Lovćen« osiguranjem A.D. Podgorica (u daljem tekstu: osiguravač).

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

(3) Pojedini izrazi u ovim Uslovima znače:

»Osiguravač«	Akcionarsko društvo koje se ugovorom o osiguranju obavezuje da, ako se ostvari osigurani slučaj, isplati korisniku osiguranja ugovorenu osiguranu sumu, odnosno naknadu.
»Ponuđač«	Lice koje želi da zaključi osiguranje i u tu svrhu podnese pismenu ili usmenu ponudu osiguravaču.
»Ugovarač osiguranja«	Fizičko ili pravno lice koje sa osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju.
»Osiguranik«	Lice od čije smrti, gubitka opšte poslovne sposobnosti (invaliditeta) ili narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume, odnosno naknade.
»Korisnik«	Lice kome se vrši isplata osigurane sume, odnosno naknade.
»Polisa«	Isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju.
»Osigurana suma«	Najveći iznos do kojeg je osiguravač u obavezi kada nastupi osigurani slučaj.
»Osigurani slučaj«	Događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a koji mora biti buduć, neizvjestan i nezavisan od isključive volje ugovarača.
»Premija«	Iznos koji je ugovarač dužan platiti osiguravaču po ugovoru o osiguranju.
»List pokrića«	Privremeni dokaz o zaključenom osiguranju koji sadrži bitne elemente ugovora o osiguranju.

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

(1) Ugovorom o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja ugovarač se obavezuje da udružuje određena novčana sredstva (premiju) kod osiguravača, a osiguravač se obavezuje da, ako se desi osigurani slučaj, isplati osiguraniku ili korisniku osiguranu sumu, odnosno njen dio.

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

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

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

(4) Kao dan prijema obavještenja odnosno prijave smatra se dan kada je primljeno obavještenje, odnosno prijava. Ako se obavještenje odnosno prijava šalje poštom preporučeno, kao dan prijema smatra se dan predaje pošte.

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

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

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

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

(3) Ako osiguravač ne prihvati pismenu ponudu dužan je u roku od 8 dana od dana njenog prijema pismeno obavijestiti ponuđača o tome.

(3) Ako osiguravač nije odbio ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima se vrši osiguranje, niti je tražio naknadna objašnjenja u roku iz

prethodnog stava, smatra se da je osiguranje zaključeno onog dana kada je ponuda prispjela osiguravaču.

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

(6) Smatra se da je ponuđač odustao od zaključenja ugovora, ako na izmijenjene uslove ne pristane u roku od 8 dana od dana prijema preporučene obavještenja osiguravača.

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

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 4.

(1) Po pravilu se mogu osigurati lica od navršениh 14 do navršениh 75 godina života. Lica mlađa od 14 i starija od 75 godina mogu biti osigurana samo ako je to posebnim ili dopunskim uslovima predviđeno.

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

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

POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

Član 5.

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

(2) U smislu prethodnog stava smatraju se nesrećnom slučajem naročito sledeći događaji: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom, ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje (oružjem, raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama), ubod kakvim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta, izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana kakva infektivna bolest.

(3) Kao nesrećni slučaj smatra se i sledeće:

1. trovanje hemijskim sredstvima osim profesionalnih oboljenja,
2. infekcija povrede prouzrokovane nesrećnim slučajem,
3. trovanje usled udisanja gasova ili otrovnih para, osim profesionalnih oboljenja,
4. opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tečnostima ili parom, kiselinama, bazama i sl,
5. davljenje i utopljenje,
6. gušenje ili ugušenje usled zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl kao i usled udisanja para i gasova izuzev profesionalnih oboljenja,
7. prsnuće mišića, iščašenje, prsnuće zglobnih veza, prelom zdravih kostiju nastao usled naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajem, a ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi,
8. djelovanje svjetlosti, sunčanih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako je osiguranik bio izložen neposredno usled jednog prije toga nastalog nesrećnog slučaja ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti, ili im je bio izložen usled spašavanja ljudskog života,
9. djelovanje rendgenskih i radiumskih zrakova ako nastupe naglo i iznenada, izuzev profesionalnih oboljenja.

(4) Nesrećnim slučajem, u smislu ovih Uslova, ne smatraju se:

1. sve zarazne, profesionalne i ostale bolesti kao i bolesti nastale usled psihičkih uticaja,
2. trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, osim onih koje nastanu usled direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid ukoliko je nakon povrede utvrđena traumatska hernija kod koje je bolnički pored hernije utvrđena povreda mekih dijelova trbušnog zida u tom području,
3. infekcije i oboljenja koja nasatnu usled raznih oblika alergije, rezanja ili kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože,



4. anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastalog nesrećnog slučaja,
5. hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgije, miofascitis, kokciogodinije, diskopatije i spondiloze, spondilolisteze, pondiloliza, sakralgija, fibrozitisa, fascitisa i sve patoanatomske promjene slabinsko - krstačne regije označene analognim terminima,
6. odljepljenje mrežnjače (ablatio retinae), ukoliko nije nastala kao direktna povreda oka, bolnički dijagnosticirana,
7. posljedice koje nastanu kod osiguranika usled delirijum tremensa i djelovanja droga,
8. posljedica medicinskih, naročito operativnih zahvata koji se preduzimaju radi liječenja ili preventivne radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo usled dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis),
9. patološke promjene kostiju i patološke epifizioloze,
10. sistemne neuromuskulturne bolesti i endokrine bolesti.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 6.

(1) Ugovor o osiguranju se zaključuje:

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

(2) Ugovor o osiguranju počinje u 24.00 časa onog dana koji je označen u polisi kao početak ugovora o osiguranju, ako dopunskim uslovima nije drugačije predviđeno ili u polisi ugovoreno, a prestaje u 24.00 časa onog dana koji je u polisi ugovoren kao dan prestanka ugovora o osiguranju.

(3) Ugovor o osiguranju prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 24.00 časa, bez obzira da li je i koliko ugovoreno trajanje, onoga dana kada:

1. nastupi smrt osiguranika ili bude ustanovljen invaliditet od 100%,
2. osiguranik postane poslovno nesposoban u smislu čl. 4 stav (3) ovih Uslova,
3. istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navrší 75 godina života,
4. protekne rok iz člana 11. stava (3) ovih Uslova, a premija od tog roka nije plaćena,
5. bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 19. ovih Uslova.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

(1) Obaveza osiguravača da isplati ugovorenu osiguranu sumu počinje u 24.00 časa onog dana koji je u polisi označen kao početak ugovora o osiguranju, ali ne ranije od 24.00 časa onog dana kada je plaćena prva premija, osim ako je u polisi ili dopunskim uslovima drugačije ugovoreno.

(2) Ako je u polisi ugovoreno plaćanje premije virmanom, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa onog dana koji je u polisi označen kao početak ugovora o osiguranju.

(3) Obaveza osiguravača prestaje u 24.00 časa onog dana kada istekne rok trajanja označen u polisi.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 8.

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

1. osiguranu sumu za slučaj smrti, ako je usled nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika, odnosno osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranika,
2. procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta koji odgovara procentu djelimičnog invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio djelimični invaliditet osiguranika, dnevnu naknadu prema članu 15. stav (9) ovih Uslova, ako je osiguranik usled nesrećnog slučaja bio privremeno nesposoban za rad, odnosno za vršenje svog redovnog zanimanja,

4. naknadu troškova liječenja prema članu 15. stav (10) i (11) ovih Uslova ako je osiguraniku usled nesrećnog slučaja bila potrebna ljekarska pomoć i ako je usled toga imao troškove liječenja,
5. ostale ugovorene obaveze prema Posebnim ili Dopunskim uslovima.

(2) Obaveza osiguravača u smislu prethodnog stava postoji samo ako je nesrećni slučaj nastao u ugovorenom periodu osiguranja.

Obaveze osiguravača utvrđuju se prema polisi koja je važila na dan nesrećnog slučaja.

Ugovorene osigurane sume predstavljaju gornju granicu obaveze osiguravača, koje ne podliježu revalorizaciji.

OGRANIČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 9.

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

1. pri upravljanju i vožnji avionom u vazдушnim aparatima svih vrsta, kao i pri sportskim skokovima padobranom, osim u svojstvu putnika u javnom saobraćaju,
2. pri treningu i učešću osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije i to: fudbala, hokeja na ledu, džiuđžica, džuda, karate, boksa, skijanja, ragbija, rvanja, skijaških skokova, alpinizma, podvodnog ribolova kao i pri automobilskim, motociklističkim brzinskim trkama, motokrosu i pri treningu za njih,
3. kod lica koja predstavljaju anormalni rizik usled toga što su preležala neku težu bolest, ili su u času zaključenja ugovora bila teže bolesna, ili su opterećena urođenim ili stečenim tjelesnim manama ili nedostatcima.

(2) Kao anormalni rizik iz tačke 3. prethodnog stava smatraju se lica koja imaju mane, nedostatke ili bolesti usled kojih je njihova opšta radan sposobnost umanjena preko 50% prema Posebnim uslovima za osiguranje uvećanih rizika (anormalni rizik).

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 10.

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

1. usled zemljotresa,
2. usled ratnih događaja u SCG,
3. usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u tim događajima učestvovao po svom redovnom zanimanju,
4. isključene su sve obaveze osiguravača ako je nesrećni slučaj nastao usled događaja koji se direktno pripisuju ratu, invaziji, činu stranog neprijatelja, ratnim divljanjima ili ratnim operacijama (bez obzira da li je rat objavljen ili ne), građanskom ratu, ustanku, pobuni ili revoluciji,
5. pri upravljanju vazдушnim aparatima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isparave, koja daje ovlašćenja vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazdušnog aparata, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Odredbe tačke 5. ovog stava neće se primjenjivati u slučaju kada neposjedovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastanak nesrećnog slučaja i obaveze osiguravača. U smislu ovih Uslova smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu, kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave preduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlašćenog stručnog instruktora,
6. usled pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga,
7. usled toga što je osiguranik ili korisnik namjerno prouzrokovao nesrećni slučaj,
8. usled toga što je osiguranik ili korisnik namjerno prouzrokovao smrt osiguranika, a ako je više korisnika isključen je samo onaj korisnik koji je namjerno prouzrokovao smrt osiguranika,
9. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog djela, kao i pri bjekstvu poslije takve radnje,
10. usled uzročne veze između djelovanja narkotičkih sredstava ili alkoholisanog stanja osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se da je osiguranik u alkoholisanom stanju ako se



utvrdi prisustvo alkohola u krvi više od 0.50 ‰ (0,4735 g/kg ili 10,8 mil. mola) kod vozača a kod ostalih osiguranika više od 1,00 ‰ (0,9470 g/kg ili 21,6 mil. mola). Pod pojmom vozača smatraju se sva lica koja na putu upravljaju vozilom.

(2) Ugovor o osiguranju je ništavan, ako je u času njegovog zaključenja već nastao osiguranju slučaj, ili je taj bio u nastupanju, ili je bilo izvjesno da će nastupiti, ili ako je već tada bila prestala mogućnost da on nastane, a ugovaraču su te okolnosti bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. U tom slučaju uplaćena premija, umanjena za troškove osiguravača vraća se ugovaraču.

PLAĆANJE PREMIJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Član 11.

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

(2) Premija se plaća osiguravaču ili njegovom predstavniku ili se dostavlja putem pošte ili banke. Ako se premija plaća putem pošte smatra se da je plaćena u 24.00 časa onog dana kada je uplaćena na pošti, a ako je plaćena putem banke smatra se da je plaćena u 24.00 časa onog dana kada je nalog predat banci.

(3) Ako ugovarač osiguranja premiju koja je dospjela ne plaća do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku od 30 dana od dana, kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premije, s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dospelosti premije. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje ako premija ne bude uplaćena u roku od godine dana od dospelosti.

(4) Ako je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka usled isplate osigurane sume za slučaj smrti ili potpunog invaliditeta, premija ugovorena za cijelu tekuću godinu osiguranja pripada osiguravaču.

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

PROMJENA ZANIMANJA U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

Član 12.

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

(2) Ako promjena zanimanja utiče na promjenu opasnosti, osiguravač će u slučaju povećanja opasnosti predložiti povećanje premije, a u slučaju manje opasnosti, smanjenje premije ili povećanje osiguranih suma. Ovako određene osigurane sume i premije važe od dana nastanka promjene zanimanja.

(3) Ukoliko ugovarač ne prijavi promjenu zanimanja, niti prihvati povećanje, odnosno smanjenje premije u roku od 14 dana, a nastane osigurani slučaj, osigurane sume će se smanjiti ili povećati u srazmjeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti.

PRIJAVA NESREĆNOG SLUČAJA

Član 13.

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

1. da se prema mogućnostima odmah prijavi ljekaru, odnosno da pozove ljekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i da odmah preduzme sve potrebne mjere radi liječenja, kao i da se drži ljekarskih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja,
2. da o nesrećnom slučaju pismeno obavijesti osiguravača u roku kada mu to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće,
3. da se prijavom o nesrećnom slučaju pruže osiguravaču sva potrebna obavještenja i podaci naročito o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime ljekara koji ga je pregledao ili koji ga liječi, nalaze ljekara o vrsti tjelesne povrede, o nastalim eventualnim posledicama kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima (član 9. stav (1) tačka 3. ovih Uslova), koje je osiguranik eventualno imao još prije nastanka nesrećnog slučaja.

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

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

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

UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA

Član 14.

(1) Ako je usled nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika korisnik je dužan da podnese polis, dokaz o uplaćenju premiji i dokaz da je smrt nastupila kao posledica nesrećnog slučaja. Korisnik koji nije ugovorom o osiguranju izričito određen, dužan je da podnese dokaz o svom pravu na primanje osigurane sume.

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

(3) Konačni procenat invaliditeta određuje osiguravač prema Tabeli za određivanje procenta trajnog gubitka opšte poslovne sposobnosti (u daljem tekstu: Tabela). Ako neka posledica nije u Tabeli predviđena, procenat invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koja su predviđena u Tabeli. Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzima se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.

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

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

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

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

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

(8) Ako je osiguranik usled nesrećnog slučaja privremeno nesposoban za rad, dužan je da o tome podnese izvještaj o trajanju privremene nesposobnosti, spriječenosti za rad ljekara koji ga je liječio. Ovaj izvještaj mora sadržati: ljekarski nalaz sa potpunom dijagnozom, tačne podatke kada je započeto liječenje i od kog do kog datuma osiguranik nije bio sposoban da obavlja svoje redovno zanimanje.

ISPLATA OSIGURANE SUME

Član 15.

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

(2) Ako se isplata naknade vrši putem pošte ili banke smatra se da je izvršena u 24.00 časa onog dana kada je na pošti, odnosno u banci potvrđena uplata.

(3) Osiguravač je dužan da isplati ugovorenu osiguranu sumu, odnosno naknadu samo ako je nesrećni slučaj nastao za vrijeme trajanja osiguranja i ako su posledice nesrećnog slučaja predviđene u čl. 8 ovih Uslova nastupile u toku godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja.



(4) Procenat invaliditeta određuje se prema Tabeli poslije završenog liječenja u vrijeme kada je kod osiguranika u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posledice nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema ljekarskom predviđanju ne može očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku 3 godine dana od nastanka nesrećnog slučaja, kao konačno se uzima stanje po isteku ovog roka i prema njemu se određuje procenat invaliditeta.

(5) Ako je za utvrđivanje visine obaveze osiguravača potrebno određeno vrijeme, osiguravač je dužan na zahtjev osiguranika isplatiti iznos koji nesporno odgovara procentu invaliditeta za koji se već tada može na osnovu medicinske dokumentacije utvrditi da će trajno ostati, ali najviše 50 % od ugovorene osigurane sume. Osiguravač neće isplatiti akontaciju prije nego što je utvrđena njegova obaveza, s obzirom na okolnosti nastanka nesrećnog slučaja.

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

(7) Ako konačni procenat invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre usled istog nesrećnog slučaja, osiguravač isplaćuje ugovorenu osiguranu sumu određenu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume ili eventualno već isplaćenog nespornog dijela (akontacije) ali samo tada ako je osiguranik umro najkasnije u roku od 3 godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.

(8) Ako prije utvrđenog procenta invaliditeta u roku od 3 godine od nastanka nesrećnog 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 medicinske dokumentacije.

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

Ako je prolazna nesposobnost za rad produžena iz bilo kojih zdravstvenih razloga, osiguravač je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za vrijeme trajanja bolovanja prouzrokovano isključivo nesrećnim slučajem, bez obzira da li je bilo puno bolovanje ili sa skraćenim radnim vremenom, ali i u tom slučaju najviše za 200 dana.

(10) Ako nesrećni slučaj ima za posledicu narušenje zdravlja osiguranika, koje zahtijeva ljekarsku pomoć, a ugovorena je i naknada troškova liječenja, osiguravač isplaćuje:

1. naknadu stvarnih i nužnih troškova liječenja, učinjenih najduže u toku godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja, i
2. naknadu u visini 2.00% od ugovorene osigurane sume za troškove liječenja za svaki dan proveden na liječenju u ustanovama stacionarnog tipa (bolnički dani) ali najviše za 30 dana.

Ukupne isplate na ime troškova liječenja mogu iznositi najviše do ugovorene osigurane sume za slučaj troškova liječenja.

(11) Pod troškovima liječenja u smislu stava (10), tačka 1. ovog člana smatraju se stvarni i nužni troškovi liječenja posledica nesrećnog slučaja u odgovarajućim zdravstvenim ustanovama, izuzev zdravstvenih ustanova u privatnom vlasništvu, koje prema ocjeni nadležnog ljekara neophodno a čiji troškovi padaju na teret osiguranika (participacija bolničkog liječenja, hirurških intervencija i dr.).

(12) Ako kao dalja posledica nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika ili invaliditet, osiguravač isplaćuje korisniku, odnosno osiguraniku, iznos osigurane sume predviđene za takve slučajeve bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za prolaznu nesposobnost za rad i isplaćenu naknadu troškova liječenja.

ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

Član 16.

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

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

1. njegova djeca i njegov bračni drug, s tim da im osigurana suma za slučaj smrti pripada na jednake djelove,
2. njegova djeca na jednake djelove, ako nema bračnog druga,
3. njegov bračni drug i njegovi roditelji, ako nema djece, tako da bračnom drugu pripada 1/2 osigurane sume za slučaj smrti, a

druga polovina na jednake djelove pripada roditeljima, ako su oba živa, odnosno onom roditelju koji je u životu,

4. njegov bračni drug ako su oba roditelja osiguranika umrla prije njegove smrti, kojem tada pripada cijela osigurana suma za slučaj smrti,
5. njegovi roditelji ili roditelj koji je u životu, ako nema bračnog druga i ako su oba roditelja živa, pripada im osigurana suma za slučaj smrti na jednake djelove, a ako je samo jedan u životu njemu pripada ta suma u cjelini,
6. njegov zakonski nasljednik ili nasljednici utvrđeni pravosnažnom sudskom odlukom, ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama.

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

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

(5) Ako je korisnik osiguranja maloljetno lice, isplata osiguranih suma, odnosno naknade izvršice se njegovim roditeljima ili starateljima.

POSTUPAK VJEŠTAČENJA

Član 17.

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

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

POSTUPAK PO PRIGOVORIMA

Član 18.

(1) U slučaju da se osiguravač i korisnik ne slože u pogledu vrste i obima posledica nesrećnog slučaja ili u pogledu toga da li je i u kom obimu povreda osiguranika u uzročnoj vezi sa nesrećnim slučajem, korisnik osiguranja može uložiti prigovor službi osiguranja lica filijala »Lovćen« osiguranja AD.

OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

Član 19.

(1) Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju sa neodređenim trajanjem, ukoliko ugovor nije prestao po kom drugom osnovu.

Otkaz se vrši pismenim putem najkasnije tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.

(2) Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od 5 godina, svaka strana može poslije ovog roka uz otkazni rok od 6 mjeseci pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

ZASTARJELOST POTRAŽIVANJA

Član 20.

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

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 21.

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