

Na osnovu odredaba člana 69. prečišćenog teksta Statuta Društva za osiguranje ASA OSIGURANJE d.d. Sarajevo br. OPU-IP-235/09 od 25.06.2009. godine, Odluke o dokumentima koji se prilažu uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad („Službene novine FBiH“, broj 31/09), Uprava Društva ASA OSIGURANJE d.d. Sarajevo Odlukom broj 01-06-3.-059-153/20 od 03.06.2020.. godine d o n o s i sljedeće:

OPŠTE USLOVE ZA OSIGURANJE OD POSLJEDICA NESRETNOG SLUČAJA (NEZGODE)

1. UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Opšti uslovi za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode (u daljem tekstu: Opšti uslovi), zajedno sa odgovarajućim dopunskim uslovima za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) su sastavni dio ugovora o osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja (u daljem tekstu: nezgode) kojeg Ugovarač osiguranja sklopi sa ASA Osiguranjem d.d. Sarajevo (u daljem tekstu: Osiguravač).
- (2) Ovi Opšti uslovi se primjenjuju na sve ugovore o osiguranju osoba od posljedica nezgode, osim na one ugovore za koje su predviđeni posebni uslovi. Dopunski uslovi za osiguranje osoba od posljedica nezgode dopunjuju ili mijenjaju neke odredbe Opštih uslova i primjenjuju se uz njih, ali imaju prednost nad odredbama Opštih uslova.
- (3) Pojedini pojmovi u ovim Opštih uslovima imaju sljedeće značenje:
 - **Osiguravač** je ASA Osiguranje d.d. Sarajevo, koji po sklopljenom ugovoru o osiguranju preuzima pokriće osigurane rizike,
 - **Ponudač** je osoba koja podnosi pismenu ili usmenu ponudu Osiguravaču sa namjerom sklapanja ugovora o osiguranju.
 - **Ugovarač osiguranja** je pravna ili fizička osoba koja s Osiguravačem sklapa ugovor o osiguranju.
 - **Osiguranik** je osoba od čije smrti, invalidnosti ili narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume, odnosno naknade.
 - **Korisnik** je osoba kojoj se isplaćuje osigurana suma odnosno naknada.
 - **Osigurani slučaj** je događaj s obzirom na koji se sklapa ugovor o osiguranju, koji mora biti budući, nezvjestan i nezavisan od isključive volje Ugovarača osiguranja, Osiguranika i Korisnika osiguranja, i koji za posljedicu ima jedan od ugovorenih oblika osiguranja u smislu ovih Opštih uslova (smrt Osiguranika, njegovu potpunu ili djelomičnu trajnu invalidnost, narušenje zdravlja koje ima za posljedicu privremenu spriječenost za rad, liječenje u bolnici i/ili troškove liječenja),
 - **Osigurana suma** je maksimalni iznos do kojeg je Osiguravač u obavezi kada nastupi osigurani slučaj.
 - **Premija osiguranja** je iznos koji je Ugovarač osiguranja dužan platiti Osiguravaču za preuzete rizike po sklopljenom ugovoru o osiguranju
 - **Polica osiguranja** je isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju.
 - **Ponuda** je pismeni prijedlog za sklapanje ugovora o osiguranju koji ponudač uputi Osiguravaču, često na obrascu Osiguravača.
 - **List pokrića** je privremeni dokaz o sklopljenom ugovoru o osiguranju i sadrži sve bitne elemente ugovora o osiguranju.
 - **Tabela invaliditeta** – tabela za određivanje procenta trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode).
- (4) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen na osnovu pismene ponude osiguranja, ista čini njegov sastavni dio.
- (5) U polisi osiguranja se navodi koji su oblici osiguranja odnosno posljedice nezgode ugovoreni.
- (6) U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Opštih uslova i neke odredbe police primjenit će se odredbe police, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe police i neke njene rukopisne odredbe, primjenit će se ova posljednja.

2. OPŠTE ODREDBE

- (1) Ugovorom o osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja Ugovarač se obavezuje da udruži 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 Ugovarača osiguranja i Osiguravača po ugovorenim oblicima osiguranja za slučaj:
 - smrti Osiguranika usljed nezgode,
 - smrt Osiguranika usljed bolesti,
 - trajne invalidnosti usljed nezgode,

- slučaj loma kosti,
 - prolazne nesposobnosti za redovan rad (dnevna naknada za bolovanje kao posljedica nezgode nastale isključivo na radnom mjestu),
 - smještaja i liječenja u bolnici (dnevna naknada za boravak u bolnici zbog liječenja od posljedica nezgode),
 - nastanka troškova liječenja zbog liječenja od posljedica nezgode - troškovi spašavanja.
- Ostali oblici osiguranja regulisani su pojedinim dopunskim uslovima.
- (3) Sva obavještenja i prijave, koje su ugovorne strane dužne da učine u smislu odredaba Uslova, obavezno se imaju pismeno potvrditi ako su učinjene usmeno, telefonom ili na koji drugi način.
 - (4) Kao dan prijema obavještenja, odnosno prijave smatra se dan kada je primljeno obavještenje, odnosno prijava. Ako se obavještenje, odnosno prijava šalju poštom preporučeno, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti.
 - (5) Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku.

Član 2.

Obaveze ugovarača i posljedice neispunjavanja tih obaveza

- (1) Ugovarač osiguranja je kod sklapanja ugovora 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 namjerno netačno prijavio ili namjerno prečutio bilo kakvu okolnost takve prirode da Osiguravač ne bi sklopio ugovor da je znao za istinito stanje stvari, Osiguravač može zahtijevati poništenje ugovora ili odbiti isplatu naknade iz osiguranja. Ako je ugovor poništen, Osiguravač zadržava već uplaćene premije i ima pravo zahtijevati plaćanje premije za period osiguranja u kojem je zahtijevao poništenje ugovora.
- (2) Ako je Ugovarač osiguranja slučajno prijavio nešto netačno ili nije poslao dužno obavještenje, Osiguravač može, po svom izboru - u roku od mjesec dana od dana kada je saznao za netačnost ili nepotpunost prijave, javiti da poništava ugovor ili predlaže povećanje premije u srazmjeri sa većom opasnošću. U takvom slučaju, prestaje ugovor nakon isteka četrnaest dana od dana, kada je Osiguravač saopštio Ugovaraču osiguranja da raskida ugovor. Ako Osiguravač predlaže povećanje premije, a Ugovarač osiguranja ne prihvati prijedlog u roku od četrnaest dana od dana kada ga je primio, ugovor se smatra raskinutim.

Sposobnost za osiguranje

Član 3.

- (1) U pravilu se mogu osigurati osobe od navršene 14. do navršene 65 godine života. Osobe mlađe od 14 godina i starije od 65 godina mogu biti osigurane samo ako je nekim posebnim ili dopunskim uslovima to predviđeno.
- (2) Osobe kod kojih je trajna invalidnost nastala usljed neke teže bolesti, odnosno osobe kojima je radna sposobnost umanjena zbog teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka u smislu člana 17, st.1., tačka e., kao i osobe sa težom tjelesnom manom ili nedostatkom, osiguravaju se uz naplatu povećane premije.
- (3) Duševno bolesne osobe i osobe lišene poslovne i radne sposobnosti u svakom slučaju su isključene iz osiguranja.
- (4) Osiguranjem mogu biti obuhvaćene i osobe iz prethodnog stava ako su putnici u javnom saobraćaju.
- (5) Ukoliko je Osiguranik tokom trajanja osiguranja dobio status osobe koja ne može biti osigurana u smislu stava 3. ovog člana Opštih uslova, osiguravajuća zaštita za tu osobu prestaje odmah, a time prestaje i ugovor o osiguranju za tu osobu.
- (6) Osiguranje za slučaj smrti usljed bolesti može se ugovoriti samo za zdrave osobe. Zdravom osobom u smislu ovih Opštih uslova smatra se osoba kod koje nije prije početka osiguranja dijagnosticirana jedna od teških bolesti koje su navedene u članu 19. stav 4. ovih Opštih uslova, osim ako se ne radi o obaveznom vidu osiguranja, odnosno gdje se podrazumjeva postojanje kontinuiteta u osiguranju.

- (7) Za osobe koje ne mogu biti osigurane ne sklapa se ugovor o osiguranju, a u slučaju da je sklopljen takav ugovor je ništavan u odnosu na takvu osobu.

Pojam nezgode

Član 4.

- (1) Nezgodom u smislu ovih Opštih uslova smatra se svaki iznenadni, nepredviđen i od volje Osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo Osiguranika, ima za posljedicu smrt Osiguranika ili tjelesnu povredu (trajnu potpunu ili djelomičnu invalidnost), narušenje zdravlja uz prolaznu nesposobnost za rad, a koje zahtjeva liječenje u bolnici i/ili troškove liječenja.
- (2) Nezgodom 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, ubod kakvim predmetom,
 - udar ili ujed životinje i
 - ubod insekta, osim ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest.
 - trovanje hranom ili hemijskim sredstvima iz neznanja Osiguranika, osim profesionalnih bolesti, ne pokrivajući zarazu usljed gutanja bakterija,
 - infekcija povrede prouzrokovane nezgodom,
 - trovanje usljed udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti,
 - opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i slično,
 - davljenje ili utapanje,
 - gušenje ili ugušenje usljed zatrpavanja zemljom, pijeskom i slično,
 - prsnuće mišića, iščašenje ili uganuće zglobova, prsnuće zglobnih veza, prijelomi zdravih kostiju koji nastanu usljed naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima, ukoliko je neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi ili po ovlaštenom ljekaru,
 - djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je Osiguranik bio izložen neposredno zbog jedne prije toga nastale, ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog (svog ili tuđeg) života,
 - djelovanje rendgenskih ili radioaktivnih zraka, ako im je Osiguranik izložen naglo i iznenada, osim profesionalnih bolesti.
- (4) Ne smatraju se nezgodom u smislu ovih Opštih uslova:
- stress reakcije, strah, bol i uznemirenost
 - zarazne i profesionalne bolesti (bolesti zanimanja) i ostale bolesti
 - stanja psihičkih disfunkcija bez obzira na uzrok,
 - trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu usljed direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je nakon povrede utvrđena traumatska kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena povreda mekih dijelova trbušnog zida u tom području,
 - infekcije i bolesti koje nastanu usljed raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože,
 - anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastale nezgode,
 - hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloza, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitis, kockicodinija, išialgija, fibrozitis, fascitis i sve pato-anatomske promjene na kičmi označene analognim terminima, osim onih nastalih direktnim mehaničkim djelovanjem na kičmu
 - odjpljenje mrežnjače (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promijenjenog oka, osim u slučaju da je nastalo usljed vanjske povrede oka, ukoliko je neposredno nakon nezgode utvrđeno u bolnici ili nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi ili po ovlaštenom ljekaru,
 - posljedice koje nastanu kod Osiguranika usljed delirijum tremensa i djelovanja droga,
 - posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se poduzimaju radi liječenja ili sprečavanja bolesti (preventiva), 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,
- psihički poremećaji (neuroze, psihoneuroze), osim ako se organski uslovljeni poremećaji nervnog sistema koji nastupe kao posljedica nezgode, mogu svesti na neko organsko oštećenje.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju od posljedica nezgode zaključuje se na osnovu uslova i pismene ponude zdravlja koji zahtjeva liječenje u bolnici i/ili troškove liječenja. U bolnici zdravljem i pismene ponude.
- (2) Osiguravač može predhodno tražiti pismenu ponudu od ponuđača na obrascu Osiguravača. Ako Ugovarač osiguranja i Osiguranik nisu jedna te ista osoba, Osiguravač može tražiti 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 sklapa osiguranje, te ukoliko je ponuđač uplatio premiju ili prvu ratu predviđenu ugovorom o osiguranju, smatrat će se da je Osiguravač prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju sklopljen.
- (5) U tom slučaju smatra se da je ugovor o osiguranju sklopljen 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 sklopljenim danom kada je Osiguravač zaprimio pismenu izjavu Ugovarača osiguranja o pristanku na izmjenjene uslove.
- (7) Smatra se da je ponuđač odustao od sklapanja ugovora, ako na izmjenjene uslove ne pristane u roku od 8 dana od primanja preporučenog pisma Osiguravača.
- (8) Ugovor o osiguranju je ništavan ako je tada, kada je bio zaključen, osigurani slučaj već bio nastupio ili je bio u nastajanju ili je bilo izvjesno da će nastati. U takvom slučaju, već plaćena premija se vraća Ugovaraču osiguranja.
- (9) Ako osiguranje ne bude sklopljeno ponuda i priložena dokumentacija ne vraćaju se ponuđaču.
- (10) Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovora vrijede samo ako su sklopljeni u pismenom obliku.
- (11) Potpis Ugovarača osiguranja na ponudi za osiguranje vrijedi kao potpis na polici osiguranja.

Trajanje osiguranja

Član 6.

- (1) Ugovor o osiguranju se sklapa:
- sa određenim periodom trajanja kao jednogodišnje ili ispodgodišnje osiguranje (**kratkoročno osiguranje**),
 - sa određenim rokom trajanja za vrijeme preko jedne ili više godina (**višegodišnje osiguranje**),
 - sa neodređenim trajanjem osiguranja, koji se nastavlja iz godine u godinu sve dok ga koja od ugovornih strana pismeno ne otkáže, najkasnije tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja (**dugoročno osiguranje**). Kod ovih osiguranja se na polici označava samo datum početka osiguranja.
- (2) Početak i prestanak ugovora o osiguranju:
1. Ugovor o osiguranju počinje u 24:00 sata dana koji je označen na polici kao početak osiguranja i prestaje u 24:00 sata dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja. Ako je u polici naveden samo početak osiguranja, ugovor o osiguranju počinje u 24:00 sata dana koji je označen na polici kao početak osiguranja i prestaje u 24:00 sata dana kada osiguranje prestaje u smislu tačke 2. stava 1. ovog člana.
2. Za svakog pojedinog Osiguranika, osiguranje počinje u 24:00 sata dana koji je označen u polisi ili njenom prilogu kao dan pristupa u osiguranje, te bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje osiguranja, prestaje u 24:00 sata dana kada :
- nastupi smrt Osiguranika ili Osiguraniku bude ustanovljena potpuna invalidnost,
 - Osiguranik postane radno nesposoban,
 - Osiguranik postane duševno bolestan ili lišen poslovne sposobnosti u skladu s članom 3. ovih Opštih uslova,

- istekne godina osiguranja u kojoj Osiguraničnik puni 65 godina života, ako nekim dopunskim uslovima nije drugačije određeno,
 - protekne rok iz člana 19. stav 6. ovih Opštih uslova, a premija do toga roka nije plaćena,
 - bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 19. ovih Opštih uslova, stav 7.
- (3) Početak i prestanak obaveze Osiguravača:
1. Obaveza Osiguravača da naknadi ugovorene iznose počinje u 24:00 sata dana koji je označen u polici kao početak osiguranja, ali ne prije 24:00 sata dana kada je plaćena premija ili prva rata premije, osim ako u polici ili dopunskim uslovima nije drugačije ugovoreno, a prestaje u 24:00 sata dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja.
 2. Za svakog pojedinog Osiguraničnika, obaveza Osiguravača da naknadi ugovorene iznose:
 - počinje u 24:00 sata dana koji je u polici ili njenom prilogu označen kao početak osiguranja, ali ne prije 24:00 sata dana kada je plaćena premija ili prva rata premije, osim ako u polici ili dopunskim uslovima nije drugačije ugovoreno,
 - ističe u 24:00 sata dana kada istekne period trajanja ugovora o osiguranju označen u polici osiguranja ili njenom prilogu, a prije tog roka u 24:00 sata dana kada se ostvare pretpostavke iz stava 2. tačka 2. ovog člana.

Teritorijalno važenje osiguranja

Član 7.

Osiguranje je na snazi u svim zemljama svijeta, osim u slučajevima predviđenim u članu 18. stav 1. tačka g., te članu 13.1., ovih Opštih uslova.

3.UTVRĐIVANJE I OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Obim obaveza Osiguravača

Član 8.

- (1) Kada nastane nesretni slučaj u smislu ovih Uslova Osiguravač isplaćuje iznose ugovorene u ugovoru o osiguranju, i to:
 1. osiguranu sumu za slučaj smrti, ako je usljed nesretnog slučaja nastupila smrt Osiguraničnika,
 2. osiguranu sumu za slučaj smrti, ako je usljed bolesti nastupila smrt Osiguraničnika
 3. osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je usljed nesretnog slučaja nastupio potpuni invaliditet Osiguraničnika,
 4. procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta koji odgovara procentu djelimičnog invaliditeta, ako je usljed nesretnog slučaja nastupio djelimični invaliditet Osiguraničnika,
 5. dnevnu naknadu po članu 11. ovih Opštih uslova, ako je Osiguraničnik zbog nesretnog slučaja bio privremeno nesposoban za obavljanje svojih redovnih radnih zadataka, a kao posljedica nezgode nastale isključivo na radnom mjestu;
 6. dnevnu naknadu za boravak u bolnici zbog liječenja od posljedica nezgode u skladu sa članom 12.st.1. ovih Opštih uslova,
 7. naknadu troškova liječenja po članu 13.1., tač. 5 do 8. ovih Opštih uslova, ako je Osiguraničniku usljed nesretnog slučaja bila potrebna ljekarska pomoć i ako je usljed toga imao troškove liječenja,
 8. Naknadu troškova spašavanja po članu 13.2.21 tač. 2 ovih opštih uslova, ako je Osiguraničniku usljed nesretnog slučaja bila potrebna ljekarska pomoć ili je bio neozlijeđen i ako je usljed toga ima troškove liječenja,
 9. Osiguranu sumu za slučaj loma kosti,
 10. ostale ugovorene obaveze prema posebnim i dopunskim uslovima.
- (2) Visinu osiguranih suma odnosno naknada utvrđuju sporazumno Ugovarač osiguranja i Osiguravač i iste se obavezno upisuju na polisi osiguranja.
- (3) Osigurane sume za slučaj smrti i trajne invalidnosti se ne mogu kumulirati.
- (4) Ugovoreni iznos na ime dnevne naknade u bolnici, naknade troškova liječenja i osigurane sume za slučaj loma kosti se kumuliraju sa osiguranom za slučaj invalidnosti.
- (5) Obaveza Osiguravača iz stava 1. ovog člana postoji u slučaju kada nezgoda nastupi :
 - a) pri vršenju djelatnosti koja je u polici izričito navedena (npr. pri vršenju i izvan vršenja redovnog zanimanja ili samo u jednom određenom svojstvu kao sportista, lovac, vozač ili putnik u motornom vozilu, izletnik, vatrogasac, demonter mina, granata i drugih eksplozivnih predmeta, kaskader itd.), i to samo za one posljedice nesretnog slučaja koje su kao takve utvrđene u medicinskoj dokumentaciji,
 - b) u periodu osiguranja i ako su se posljedice nezgode pojavile u prvoj godini nakon nastupa nezgode.

Trajna invalidnost

Član 9.

- (1) Trajna invalidnost je trajni potpuni ili djelomični gubitak funkcije dijela tijela ili organa, potpuni ili djelomični gubitak dijela tijela ili organa, koji se nakon završenog liječenja utvrdi kao konačan.
- (2) Kada nastupi trajna invalidnost u smislu prethodnog stava, Osiguravač je u obavezi da naknadi:
 - a) za slučaj potpune trajne invalidnosti kod Osiguraničnika: osiguranu sumu ugovorenu za slučaj potpune (100%-tne) trajne invalidnosti,
 - b) za slučaj djelomične trajne invalidnosti: procenat od osigurane sume ugovorene za slučaj potpune 100%-tne) trajne invalidnosti, koji odgovara procentu djelomične trajne invalidnosti,
- (3) Procenat trajne invalidnosti određuje se prema Tabeli za određivanje procenta trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) (u daljem tekstu: Tabela invaliditeta)
- (4) Konačni procenat trajne invalidnosti se određuje poslije završenog liječenja u vrijeme kada je kod Osiguraničnika u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posljedice nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema ljekarskom predviđanju ne može očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku tri godine od dana nezgode, kao konačno stanje se uzima stanje po isteku ovog roka prema zadnjoj medicinskoj dokumentaciji, te se prema tome određuje konačni procenat trajne invalidnosti. Sve dok nije moguće utvrditi konačan stepen Osiguraničnikovog invaliditeta, Osiguravač je dužan isplatiti iznos koji nesporno odgovara postotku invaliditeta za koji se može na osnovu medicinske dokumentacije već tada sa sigurnošću ustanoviti da će trajno ostati.
- (5) Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje Osiguraničnika (profesionalne sposobnosti) ne uzimaju se u obzir pri određivanju procenta trajne invalidnosti.
- (6) Ako neko oštećenje ili gubitak nije predviđen u Tabeli invaliditeta, procenat trajne invalidnosti određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koja su predviđena u Tabeli invaliditeta.
- (7) Ako se konačni procenat trajne invalidnosti ne može odrediti prema kriterijima iz Tabele invaliditeta, tada je odlučujuće u kojoj se mjeri sa medicinskog stanovišta došlo do trajnog smanjenja fizičke aktivnosti ili psihičkih funkcija.
- (8) Kod višestrukih povreda pojedinog ekstremiteta, kičme ili organa, ukupni invaliditet na određenom ekstremitetu, kičmi ili organu određuje se tako što se za najveću posledjicu oštećenja uzima puni procenat predviđen u Tabeli invaliditeta; od sljedeće najveće posljedice uzima se polovina procenta predviđenog u Tabeli invaliditeta, te dalje redom 1/4, 1/8 itd. Ukupan procenat ne može premašiti procenat koji je određen Tabelom invaliditeta za potpuni gubitak tog ekstremiteta ili organa. Za posljedice povrede prstiju, invalidnost se određuje bez primjene gornjeg načela, uz uvažavanje posebnih odredbi iz Tabele invaliditeta. Obavezno je komparativno mjerenje artrometrom.
- (9) Kod gubitka i povreda više ekstremiteta ili organa usljed jedne nezgode, procenti trajne invalidnosti za svaki pojedini ekstremitet ili organ se sabiraju, s tim da zbir procenta ne može prelaziti 100% prema Tabeli invaliditeta. U skladu sa prethodnim, obaveza Osiguravača ne može biti veća od osigurane sume koja je ugovorena za slučaj potpune 100%-ne trajne invalidnosti.
- (10) Isplata naknade može se izvršiti u prvoj godini nakon nezgode samo ako se sa medicinskog stanovišta može definitivno utvrditi vrsta i obim posljedica nezgode.
- (11) Ukoliko se ne može utvrditi konačni stepen invalidnosti u skladu sa prethodnim stavom, Osiguraničnik i Osiguravač u periodu od tri godine nakon nezgode imaju pravo jednom godišnje tražiti ljekarsku procjenu stepena invalidnosti, pri čemu procjenu obavlja ljekarska komisija. Ako se niti po isteku tri godine od dana nastanka nezgode ne može utvrditi konačni procenat trajne invalidnosti, kao konačno stanje uzima se stanje po isteku toga roka i prema tom procentu se određuje procenat invalidnosti. Na osnovu konačne procjene, Osiguravač isplaćuje razliku između konačne i do tada već isplaćene naknade.
- (12) Ako je prije nastanka osiguranog slučaja nezgode kod Osiguraničnika već postojala trajna invalidnost, obaveza Osiguravača se određuje prema novoj invalidnosti neovisno od prethodne, osim u sljedećim

- slučajevima:
- a) ako je trajna invalidnost koja je postojala prije nastanka nezgode ali u istom periodu osiguranja i na ime koje je Osiguravač bio u obavezi da naknadi ugovorene iznose, obaveza Osiguravača se određuje prema razlici između ukupne i prethodne invalidnosti, s tim da ukupni procenat invalidnosti ne može prelaziti 100% prema Tabeli invaliditeta, odnosno obaveza Osiguravača ne može biti veća od osigurane sume koja je ugovorena za slučaj potpune (100%-ne) trajne invalidnosti.
 - b) ako je usljed nezgode nastupila povećana invalidnost na nekom organu ili ekstremitetu, obaveza Osiguravača se utvrđuje prema povećanoj invalidnosti odnosno prema razlici između ukupne i prethodne invalidnosti, s tim da ukupni procenat invalidnosti ne može prelaziti procenat utvrđen za gubitak cijelog organa ili ekstremiteta.
- (13) Ako smrt Osiguranika nastupi u roku od tri godine od dana nastanka nezgode iz bilo kojeg drugog uzroka koji nije u vezi sa tom nezgodom, a konačni procenat invalidnosti nije bio utvrđen, Osiguravač će utvrditi procenat invalidnosti prema posljednjoj raspoloživoj medicinskoj dokumentaciji, a prema tako utvrđenom procentu i visinu svoje obaveze.

Smrt Osiguranika

Član 10.

- (1) Ako u trenutku nezgode ili u periodu od tri godine nakon nezgode nastupi smrt Osiguranika od posljedica iste nezgode, Osiguravač je u obavezi da Korisniku osiguranja naknadi osiguranu sumu koja je ugovorena za slučaj smrti Osiguranika odnosno razliku između osigurane sume za slučaj smrti i eventualno već isplaćenog nespornog dijela na ime invalidnosti (akontacija), ukoliko takva razlika postoji.
- (2) Za slučaj smrti usljed bolesti Osiguravač je dužan isplatiti:
 - a. 50% od osigurane sume ako osiguranik umre u toku prvih šest mjeseci trajanja osiguranja, odnosno od pristupa novog radnika u osiguranje
 - b. cijelu osiguranu sumu ako Osiguranik umre poslije šest mjeseci od početka trajanja osiguranja odnosno od njegovog pristupa u osiguranje.
 - c. izuzetno iz tačke b stava 2. ovog člana. naknada za slučaj rizika smrti se nadoknađuje u punom iznosu od osigurane sume ukoliko je Osiguranik u periodu prije zaključenja police po kojoj potražuju nekada bio osiguran u ASA Osiguranju po osnovu kolektivnog osiguranja od nezgode.

Dnevna naknada za vrijeme privremene spriječenosti za rad

Član 11.

- (1) Ako nesretni slučaj ima za posledicu Osiguranikovu prolaznu nesposobnost za rad, te ukoliko je isti posljedica nezgode nastale isključivo na radnom mjestu, a ugovorom o osiguranju je ugovorena isplata dnevne naknade, Osiguravač isplaćuje Osiguraniku naknadu u ugovorenoj visini uz obaveznu karencu od 7 dana.
- (2) Ukoliko početak trajanja osiguranja nije određen, tada se računa od dana kada je započelo liječenje, pa do zadnjeg dana trajanja privremene nesposobnosti za rad, odnosno do smrti ili do utvrđivanja potpunog invaliditeta, uzimajući u obzir karencu od 7 dana (isplaćujući naknadu od osmog dana bolovanja).
- (3) Dnevna naknada se ne isplaćuje za vrijeme prolazne nesposobnosti za rad nakon utvrđivanja konačnog stepena invaliditeta. Dnevna naknada se isplaćuje samo dok je Osiguranik nesposoban za rad i dok traje liječenje od posljedica nesretnog slučaja.
- (4) Dnevnu naknadu priznaje odnosno određuje Osiguravač na osnovu zdravstvene dokumentacije.
- (5) Dnevna naknada se isplaćuje za najviše 150 dana prolazne nesposobnosti za rad.
- (6) U slučaju prisutnosti na poslu, uprkos imobilizaciji ili drugog oblika liječenja dnevna naknada se ne priznaje. Osiguravač u svakom slučaju ima pravo da po svojoj ocjeni, imajući u vidu prirodu povrede i njene posljedice, te na osnovu ljekarske dokumentacije, skрати dnevnu naknadu i to u slučaju kada oboljenje utiče na produžetak iste. U ovom slučaju kao mjerodavna dužina trajanja bolovanja uzima se u obzir prosječno trajanje liječenja za povredu iste vrste.

- (7) Dnevna naknada za obavljene fizikalne terapije se priznaje samo u slučaju ako je ista propisana od strane ljekara i uz priloženu potvrdu o obavljenoj fizikalnoj terapiji.
- (8) Ako je prolazna radna nesposobnost bila produžena iz bilo kojih drugih zdravstvenih razloga, Osiguravač je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za onaj dio trajanja nesposobnosti za rad koji je isključiva posljedica nesretnog slučaja.

Dnevna naknada za boravak u bolnici

Član 12.

- (1) Osiguranjem dnevne naknade za boravak u bolnici, Osiguravač naknadije ugovorenu dnevnu naknadu za svaki kalendarski dan koji Osiguranik provede u bolnici zbog nužno potrebnog liječenja od posljedica nezgode, bez obzira na to ima li ikakvih drugih posljedica nezgode, ali najduže 150 dana unutar godine dana od dana nezgode.
- (2) Osiguravač će naknaditi ugovorene iznose iz prethodnog stava bez obzira da li su troškovi boravka u bolnici pokriveni zdravstvenim ili nekim drugim osiguranjem.
- (3) Bolnicama se smatraju zdravstvene ustanove, koje imaju dozvolu ministarstva zdravstva i ispunjavaju druge zakonom propisane uslove i imaju stalni ljekarski nadzor, te nisu ograničene na primjenu određenih terapijskih metoda.

U smislu ovog stava, bolnicama se smatraju opšte ili specijalne bolnice, klinike, kliničke bolnice, klinički bolnički centri,
- (4) Bolnicama se, na primjer, 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.
- (5) Dnevna naknada se isplaćuje samo za bolničko liječenje ne i za ambulantno liječenje.

Troškovi u vezi sa nezgodom

Član 13.

- (1) Osiguravač će naknaditi troškove koje Osiguranik ima u vezi sa nezgodom do iznosa ugovorene osigurane sume, bez obzira na to ima li ikakvih drugih posljedica, i to onih troškova ako su nastali unutar godine dana od dana nastanka nezgode i ako nisu pokriveni zdravstvenim ili nekim drugim osiguranjem.
- (2) Ako su troškovi nezgode samo djelomično pokriveni zdravstvenim ili nekim drugim osiguranjem, Osiguravač će naknaditi samo one troškove koji nisu pokriveni kako je prethodnim određeno.
- (3) Može se ugovoriti osiguravajuće pokriće odnosno naknada sljedećih troškova nezgode:
 - troškovi liječenja,
 - troškovi spašavanja.

13.1. Troškovi liječenja

- (1) Troškovi liječenja su troškovi nastali u vezi sa uklanjanjem ili smanjenjem posljedica nezgode i koji su prema procjeni ljekara bili neophodni.
- (2) Osiguravač je dužan da naknadi samo onaj dio troškova liječenja koje je stvarno snosio sam Osiguranik.
- (3) Osiguravač nije dužan da nadoknadi troškove liječenja ako su pokriveni obaveznom zdravstvenim osiguranjem. Ukoliko su troškovi liječenja obaveznom zdravstvenim osiguranjem ili nekim osiguranjem pokriveni samo djelimično, nadoknađuju se samo nepokriveni troškovi.
- (4) Ne postoji obaveza osiguravača za naknadu troškova liječenja u lječilištima, banjama i sličnim zdravstvenim ustanovama, te troškova lijekova koji nisu na listi Zavoda zdravstvenog osiguranja.
- (5) U troškove liječenja se ubrajaju i troškovi prvog nabavljanja umjetnih ekstremiteta, zubnih proteza i drugih nabavljanja koji su bili neophodni prema procjeni ljekara.
- (6) Priznaju se troškovi liječenja u BiH.
- (7) Troškovi prevoza kao što su autobuska karta, karta za voz, troškovi goriva, putarina i sl. ne smatraju se troškovima liječenja.
- (8) Da bi se priznali troškovi liječenja Osiguranik treba dostaviti originalne račune.

13.2. Troškovi spašavanja

- (1) Pokriće troškova spašavanja može se ugovoriti samo uz neke vidove osiguranja nezgode (na primjer uz osiguranje članova planinarskog

- društva).
- (2) Troškovi spašavanja u smislu ovih Opštih uslova su neophodni i dokumentirani troškovi potrage za Osiguranikom i njegovog transporta do sljedeće prohodne ceste ili do najbliže bolnice u odnosu na mjesto nezgode, ukoliko je Osiguranik: pretrpio nezgodu ili doživio nezgodu u brdima ili na vodi, te ga je bilo potrebno spašavati u ozlijeđenom ili neozlijeđenom stanju, pretrpio ili doživio nezgodu u brdima ili na vodi i umro tokom nezgode, te je bila potrebna intervencija spasilačke ekipe.
 - (3) Troškovi se isplaćuju osobi koja dokaže da je snosila troškove.

Lom kostiju

Član 13a.

- (1) Osiguranje loma kosti usljed nezgode obuhvaća isplatu ugovorene naknade za dokazani prijelom kosti. Isplata za prijelom kosti ne umanjuje pravo naknade za utvrđeni trajni invaliditet. Osiguranje ne obuhvaća naknadu štete za napuknuće kosti (fisura, tj. nepotpun prekid kosti).
- (3) Osiguravač se obvezuje osiguraniku isplatiti jednokratno naknadu do punog ugovorenog iznosa osiguranja u polici za lom kosti, neovisno o broju i vrsti slomljenih kostiju osim ako nije nastupila smrt osiguranika.
- (3) Isplatom ugovorenog iznosa po jednom štetnom događaju loma kosti, prestaje pokriće za taj rizik po polici u toj godini osiguranja. U slučaju da je ugovoreno višegodišnje osiguranje, u slučaju da je nastupi osigurani slučaj, isplaćuje se naknada za lom kosti svake godine samo jedanput do ugovorenog iznosa, sa napomenom da se za svaku godinu osiguranja izdaje obračunska godišnja polica.
- (4) Osigurani rizik loma kosti ne obuhvata naknadu štete:
 - 1) za napuknuće kosti (fisura, tj. nepotpun prekid kosti)
 - 2) loma kosti usljed poremećaja u građi (čvrstoći) kostiju ili zbog patoloških prijeloma.

Ograničenje obaveze Osiguravača

Član 14.

- (1) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija, ugovorene osigurane sume smanjuju se srazmjerno premiji koju je trebalo platiti prema stvarno plaćenoj premiji kada nezgoda nastane:
 - a. pri upravljanju i vožnji avionom u zračnim aparatima svih vrsta, kao i pri skokovima padobranom, osim u svojstvu putnika u javnom saobraćaju,
 - b. pri treningu i učešću Osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije, kao sportista amatere sljedećih sportskih grana: nogomet, hokej na ledu, džiu-džicu, džudo, karate, boks, skijanje, hrvanje, skijaški skokovi, alpinizam i podvodni ribolov, kao i pri automobilskim i motociklističkim trkama, moto-krosu i pri treningu za njih. U smislu ovih Opštih uslova, sportisti amatere su osobe koje se sportom ne bave kao svojim glavnim zanimanjem, a registrovani su članovi sportske organizacije u kojoj treniraju i za koju se takmiče. Eventualne naknade koje primaju na osnovu svoga članstva ne predstavljaju njihov redovni prihod,
 - c. usljed ratnih događaja i oružanih sukoba u kojima se nađe Osiguranik izvan granica BiH, s tim da Osiguranik nije uzimao aktivnog učešća u tim oružanim akcijama,
 - d. kod osoba koje predstavljaju anormalni rizik usljed toga što su preboljele neku težu bolest ili su u času zaključenja ugovora bile teže bolesne, ili su opterećene urođenim ili stečenim manama. Kao anormalni rizik smatraju se osobe koje imaju mane, nedostatke ili bolesti usljed kojih je njihova opšta radna sposobnost umanjena preko 50% prema Posebnim uslovima za osiguranje uvećanih rizika (anormalni rizik), koji su sastavni dio ovih Uslova.
 - e. Zbog nesretnog slučaja koji se Osiguraniku dogodio kao saputniku pri vožnji u vozilu čiji je vozač u trenutku saobraćajne nezgode vozio pod utjecajem alkohola, opojnih ili drugih psihoaktivnih tvari, Osiguravač isplaćuje 50% od utvrđene odštete.
 - f. 50% od utvrđene odštete Osiguravač isplaćuje i onda kad Osiguranik prilikom saobraćajne nezgode nije koristio odgovarajuću sigurnosnu zaštitu (sigurnosnu kacigu ili nije bio vezan sigurnosnim pojasom), u skladu sa Zakonom o sigurnosni saobraćaja na putevima u BiH.
 - g. Osiguravač isplaćuje 25% od ukupne utvrđene odštete ukoliko Osiguranik u trenutku saobraćajne nezgode nije koristio odgovarajuću sigurnosnu zaštitu i bio je u vozilu sa vozačem koji je

bio pod dejstvom alkohola ili opojnih i drugih psihoaktivnih supstanci.

- h. Osiguravač isplaćuje 50% od ukupne utvrđene odštete ukoliko je do nezgode došlo usljed nekog vida rekreacije osiguranika.
 - i. Ako se Osiguranik ne drži uputa ljekara Osiguravač nije dužan isplatiti odštetu u cijelosti nego u srazmjernom dijelu u odnosu na povećane posljedice koje su zbog toga nastale, a najviše do 75 % utvrđene odštete.
 - j. Ako su na pogoršanje zdravlja uzrokovanog nesretnim slučajem utjecala i druga oboljenja, degenerativne promjene odnosno stanja ili mane, koje se nisu ranije manifestovale Osiguravač isplaćuje 75% utvrđene odštete, a ukoliko su se iste već ranije manifestovale Osiguravač isplaćuje 50% utvrđene odštete.

Isključenje obaveze Osiguravača

Član 15.

- (1) Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je nezgoda nastupila:
 - a. usljed toga što je Osiguranik ili Korisnik (ako je različit od Osiguranika) namjerno prouzrokovao nezgodu,
 - b. usljed pokušaja ili izvršenja samoubistva Osiguranika, iz bilo kojeg razloga,
 - c. prilikom pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog djela sa predumišljajem, te pri bijegu poslije takve radnje,
 - d. zbog aktivnog iniciranja, izazivanja ili sudjelovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoobrane,
 - e. 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,
 - f. usljed toga što je Korisnik namjerno prouzrokovao smrt Osiguranika, a ako je više Korisnika isključen je samo onaj koji je namjerno prouzrokovao smrt Osiguranika,
 - g. direktno ili indirektno kao posljedica ratnih događaja ili događaja koji su posljedica rata, invazije, djelovanja stranih neprijatelja, operacija koje nalikuju na rat (bez obzira da li je rat objavljen ili ne), građanskog rata, pobune, revolucije, vojne ili uzurpatorske vlasti, ustanka, kao i nemira koji nastanu iz takvih događaja,
 - h. usljed akta terorizma,
 - i. usljed aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je Osiguranik u njima učestvovao po svom redovnom zanimanju,
 - j. usljed zemljotresa,
 - k. usljed direktne ili indirektno izloženosti Osiguranika djelovanju jonizirajućeg zračenja ili radioaktivne kontaminacije.
- (2) Ako se posebno ne ugovori i ne plati odgovarajuća premija, osiguranjem nisu obuhvaćene posljedice nezgode koje nastanu:
 - a. pri upravljanju i vožnji avionom i letjelicama svih vrsta, pri sportskim skokovima padobranom, kao i pri upravljanju i vožnji plovnim objektima, osim u svojstvu putnika u javnom saobraćaju,
 - b. pri obavljanju sljedećih zanimanja:
 - c. demonteri mina, granata i drugih eksplozivnih naprava,
 - d. rudari u podzemnoj eksploataciji,
 - e. pri treningu i učestvovanju Osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije, kao sportisti - profesionalci.
 - U smislu ovih Uslova, sportisti profesionalci su osobe koje se bave sportom bave kao primarnim zanimanjem (trening, učestvovanje u takmičenjima). Naknada koju primaju predstavlja njihov redovni prihod.
- (3) Isključene su obaveze Osiguravača u cjelosti za povrede koje nisu medicinski dokumentovane unutar 6 mjeseci od nastanka nezgode.
- (4) Isključene su obaveze Osiguravača ukoliko nisu bile provedene propisane mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana ili je radnik radio bez propisanog prethodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se pregledom utvrdi da ta osoba prema svom zdravstvenom stanju nije bila sposobna za rad na određenim poslovima.
- (5) Ugovor o osiguranju je ništavan, ako je u času njegovog zaključenja osigurani slučaj već nastao, ili je bio u nastajanju ili je bilo izvjesno da će nastupiti, a uplaćena premija vraća se Ugovaratelju umanjena za nastale troškove Osiguravača.

Gubitak prava iz osiguranja

Član 16.

Osiguranik, odnosno Korisnik osiguranja gubi svoja prava iz osiguranja ako je nezgoda nastala:

- (1) Ako nezgode nastane pri upravljanju letjelicama svih vrsta, plovnim

objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlaštenje za upravljanje tom vrstom i tipom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila,

- (2) Usljed djelovanja alkohola bez obzira na odgovornost trećih lica. Smatra se da je nezgoda nastala zbog djelovanja alkohola:
 - kada je kod vozača u trenutku nezgode, u urinu ili krvi, imao više od zakonski propisane količine alkohola u krvi (vozači – prisustvo količine alkohola u krvi iznad one u količini 0,30 g/kg, ili profesionalnih vozača određenih kategorija, vozača javnog prevoza, vozača instruktora, kandidata za vozače i vozača koji ima manje od 21 godine starosti ili manje od tri godine vozačkog iskustva utvrdi prisustvo količine alkohola u krvi iznad 0,00 g/kg), ili kod koga se, bez obzira na količinu alkohola u krvi, stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znakove poremećenosti izazvane djelovanjem alkohola.
 - kod osiguranika prilikom nezgode (koja nije saobraćajna) utvrđeno prisustvo alkohola više od 1,00 g/kg ili kod koga se, bez obzira na količinu alkohola u krvi, stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znakove poremećenosti izazvane djelovanjem alkohola.
- (3) Ako je nezgoda nastala usljed djelovanja opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova, ako se stručnim pregledom utvrdi da Osiguranik pokazuje znakove poremećenosti usljed upotrebe opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova koji utiču na psihičko stanje, a kod saobraćajne nezgode i u slučaju kada je u organizmu osiguranog vozača utvrđeno prisustvo lijekova na kojima je označeno da se ne smiju upotrebljavati prije i za vrijeme vožnje.
- (4) Korisnik osiguranja gubi pravo iz osiguranja ako je smrt Osiguranika nastupila kao posljedica bolesti kao što su: srčani udar, moždani udar, operacija na mozgu, kancerogeno oboljenje, teško oboljenje jetre ili bubrega, infekcija HIV-om, hronična infektivna bolest i slično, a koja je bila dijagnosticirana prije početka osiguranja.

Dospijee obaveze Osiguravača

Član 17.

- (1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguravač je obavezan isplatiti osiguranu sumu odnosno njen odgovarajući dio ili ugovorenu naknadu u skladu sa ugovorom o osiguranju u roku od 14 dana od dana kada obaveza Osiguravača i visina te obaveze budu utvrđeni.
- (2) Izuzetno, ako se ne može utvrditi obaveza ili visina isplate, navedeni rok počinje teći od dana utvrđivanja obaveze i visine isplate.
- (3) Ako je za utvrđivanje obaveze Osiguravača potrebno izvjesno vrijeme, Osiguravač je dužan na zahtjev Osiguranika isplatiti iznos koji nesporno odgovara procentu invalidnosti za koji se već tada može na osnovu medicinske dokumentacije utvrditi da će trajno ostati. Osiguravač neće isplatiti akontaciju prije nego što je utvrđena njegova obaveza s obzirom na okolnosti nastanka nezgode.
- (4) Kad Osiguravač isplati osiguranu sumu osobi koja bi na istu imala 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 zahtijevati povrat isplate od osobe koja je od Osiguravača primila osiguranu sumu. Isto vrijedi i u slučaju promjene Korisnika.

4. KORISNIK OSIGURANJA

Određivanje Korisnika osiguranja

Član 18.

- (1) Korisnik za slučaj smrti Osiguranika utvrđuje se na polici osiguranja.
- (2) Korisnik ne mora biti određen po imenu, već je dovoljno da policia sadrži neophodne podatke za njegovo određivanje.
- (3) Ako u polici osiguranja, posebnim ili dopunskim uslovima uz ove Uslove nije ništa određeno, korisnici za slučaj Osiguranikove smrti smatraju se po redovima:
 1. Osiguranikova djeca i bračni drug, s tim da im osigurana suma za slučaj smrti pripada na jednake dijelove;
 2. Osiguranikova djeca na jednake dijelove, ako nema bračnog druga;
 3. Osiguranikov bračni drug i njegovi roditelji, ako nema djece, tako da bračnom drugu pripada jedna polovina osigurane sume za slučaj smrti, a druga polovina na jednake dijelove pripada roditeljima, ako su oba živa, odnosno onom koji je u životu;
 4. njegov bračni drug, ako su oba roditelja Osiguranika umrla prije njegove 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 dijelove, a ako je samo jedan u životu njemu pripada ta suma u cjelosti;

6. njegov zakonski nasljednik ili nasljednici utvrđeni pravovaljanom sudskom odlukom, ako nema osoba navedenih u predhodnim tačkama.
- (4) Bračni drug smatra se osoba koja je bila u braku sa Osiguranikom u momentu njegove smrti.
- (5) U slučaju trajne invalidnosti, dnevne naknade za boravak u bolnici, dnevne naknade za slučaj privremene spriječenosti za rad i troškova u vezi sa nezgodom i loma kosti, Korisnik je Osiguranik, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (6) Ako je Korisnik osiguranja maloljetna osoba, isplata osiguranih suma i naknada izvršit će se njegovim roditeljima, odnosno staratelju, a Osiguravač ima pravo od ovih osoba zahtijevati da predhodno pribave ovlaštenje za prijem pripadajućeg iznosa osigurane sume, odnosno naknade.

5. OBAVEZE UGOVARAČA OSIGURANJA I OSIGURANIKA I POSLJEDICE NJIHOVOG NEIZVRŠENJA

Plaćanje premije osiguranja

Član 19.

- (1) Ugovarač osiguranja je dužan platiti ugovorenu premiju osiguranja, ali je Osiguravač dužan primiti uplatu premije od svake osobe kojajma pravni interes da premija bude plaćena.
- (2) Premija se plaća u ugovorenim rokovima, a ako treba da se plati odjednom, plaća se prilikom sklapanja ugovora.
- (3) Premija se plaća Osiguravaču putem pošte ili banke, pri čemu se smatra da je premija uplaćena u 24:00 sata onog dana kada je uplaćena na pošti, a ako je plaćena putem banke smatra se da je uplaćena u 24:00 sata onog dana kada je nalog predat banci.
- (4) Ako je ugovoreno da se premija plaća prilikom sklapanja 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 sklapanja ugovora, obaveza Osiguravača da isplati naknadu ili sumu određenu ugovorom, počinje od dana određenog u ugovoru kao dana početka osiguranja.
- (6) Ako premija ili prva rata premije u smislu prethodnog stava 5. Ovog člana ne bude plaćena u ugovorenom roku, obaveza Osiguravača za naknadu štete počinje po isteku 24-tog sata dana kada je Ugovaraču uplatio premiju ili prvu ratu premije, ako do tada nije raskinut ugovor u smislu stava 7. ovog člana.
- (7) Ako Ugovarač osiguranja ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koja druga zainteresovana osoba, 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 dana dospjelosti premije.
- (8) U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospjelosti.
- (9) Premija ugovorena za svakog pojedinog Osiguranika za tekuću godinu osiguranja pripada Osiguravaču i kada osiguranje prestane prije ugovorenog isteka radi isplate osigurane sume za slučaj smrti ili potpune 100% trajne invalidnosti.
- (10) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća 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.
- (11) U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju prije isteka ugovorenog roka, Osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje.
- (12) Ugovarač osiguranja je obavezan, osim ugovorenih premija, platiti sve doprinose i poreze uvedene propisima.

Prijava promjene zanimanja u toku trajanja osiguranja

Član 20.

- (1) Ugovarač odnosno Osiguranik dužan je odmah prijaviti Osiguravaču promjenu zanimanja.
- (2) Ako promjena zanimanja utiče na promjenu opasnosti Osiguravač će u slučaju povećanja opasnosti raskinuti ugovor ili predložiti povećanu premiju, a u slučaju manje opasnosti, smanjenje premije ili povećanje

osiguranih suma. Ovako određene osigurane sume i premije važe od dana nastanka promjene zanimanja.

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

Prijava nesretnog slučaja

Član 21.

- (1) Osiguranik, koji je usljed nezgode povrijeđen, dužan je:
- da se prema mogućnostima odmah prijavi ljekaru odnosno da pozove ljekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i da odmah preduzme sve druge potrebne mjere radi liječenja, kao i da se pridržava ljekarskih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja,
 - da pismeno obavijesti Osiguravača o nezgodi, u roku kad to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće,
 - da sa prijavom o nezgodi pruži Osiguravaču sva potrebna obavještenja i podatke o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime ljekara koji ga je pregledao ili koji ga liječi, nalaze ljekara o vrsti tjelesne povrede, o nastalim eventualnim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima koje je Osiguranik eventualno imao prije nastanka nezgode.
- (2) Ako je nezgoda imala za posljedicu smrt Osiguranika, Korisnik osiguranja je dužan o tome pismeno obavijestiti Osiguravača u roku od 3 dana, čak i ako je nezgoda već bila prijavljena. slučaj:
- a) smrti Osiguranika:**
- policu osiguranja od posljedica nezgode,
 - izvod iz matične knjige umrlih,
 - potvrda o smrti,
 - rješenje o nasljeđivanju, ukoliko korisnik nije određen u polici ,
 - ostalu dokumentaciju po zahtjevu osiguravača.
- b) trajne invalidnosti:**
- policu osiguranja od posljedica nezgode,
 - dokaz o okolnostima nastanka nezgode (mjestu, vremenu i uzroku nastanka nezgode),
 - kompletnu medicinsku dokumentaciju od povređivanja pa do okončanja liječenja neophodnu za utvrđivanje osnovanosti i visine odštetnog zahtjeva,
 - ostale dokaze u ovisnosti od nastanka nezgode.
- c) ugovorene dnevne naknade za boravak u bolnici:**
- policu osiguranja od posljedica nezgode,
 - dokaz o okolnostima nastanka nezgode (mjestu, vremenu i uzroku nastanka nezgode), ostale dokaze u ovisnosti od nastanka nezgode.
 - otpusno pismo bolnice u kojoj se liječio
- d) ugovorene dnevne naknade za privremenu spriječenost za rad:**
- policu osiguranja od posljedica nezgode,
 - dokaz o okolnostima nastanka nezgode (mjestu, vremenu i uzroku nastanka nezgode), ostale dokaze u ovisnosti od nastanka nezgode,
 - doznake (izvješća) o bolovanju.
- e) u slučaju ugovorenih troškova liječenja vezano uz nezgodu:**
- policu osiguranja od posljedica nezgode,
 - dokaz da su troškovi liječenja posljedica nezgode,
 - originalne račune, kao dokaz o plaćenim troškovima.
- e) u slučaju ugovorenih troškova spašavanja vezano uz nezgodu:**
- policu osiguranja od posljedica nezgode,
 - dokaz da su troškovi spašavanja posljedica nezgode,
 - originalne račune, kao dokaz o plaćenim troškovima.
- f) loma kosti:**
- policu osiguranja od posljedica nezgode,
 - dokaz o okolnostima nastanka nezgode (mjestu, vremenu i uzroku nastanka nezgode),
 - kompletnu medicinsku dokumentaciju od povređivanja pa do okončanja liječenja neophodnu za utvrđivanje osnovanosti i visine odštetnog zahtjeva,
 - ostale dokaze u ovisnosti od nastanka nezgode.
- Ugovarač osiguranja/osiguranik daje izričitu saglasnost Osiguravaču za prikupljanje, obradu, prenos i korištenje ličnih podataka u svrhu obrade odštetnog zahtjeva .
- (4) Dokazivanje okolnosti nastanka nezgode i prava iz ugovora o

osiguranju padaju na teret podnosioca zahtjeva. Da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenom nezgodom, Osiguravač ima pravo od podnosioca zahtjeva Ugovarača osiguranja, ovlaštene zdravstvene ustanove ili ljekara, ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe tražiti naknadna objašnjenja i dokaze u pogledu nastupanja i posljedica prijavljenog slučaja nezgode, kao i da na svoj trošak organizuje pregled Osiguranika od strane ljekara, ljekarskih komisija i u zdravstvenim ustanovama koje on odredi.

- (5) U slučaju invaliditeta, Osiguravač ima pravo tražiti ljekarski pregled, odnosno u slučaju smrti Osiguranika, Osiguravač ima pravo zahtijevati pravo obdukcije, ako je neophodno i ekshumacije na trošak osiguravača.
- (6) Ako se pokrene direktna tužba protiv Osiguravača, odnosno tužba bez podnošenja vansudskog zahtjeva za naknadu iz osiguranja i eventualnog provedenog postupka po prigovoru, kao i u slučaju pokretanja sudskog spora prije završenog liječenja, odnosno u vremenskom periodu od tri godine, a prema medicinskoj dokumentaciji nije moguće utvrditi konačan stepen Osiguranikovog invaliditeta, takva tužba nema značaj prijave i smatraće se da je preuranjena. Svi troškovi ovakvog sudskog postupka (sudske takse, troškovi vještačenja, nagrada i troškovi advokata, svjedoka i dr.) bez obzira na ishod sudskog spora padaju na teret tužitelja. Tužitelj u ovakvim sporovima nema pravo na naknadu kamata na presuđeni iznos.
- (7) U postupku vansudskog rješavanja odštetnog zahtjeva Osiguravač nije u obavezi osiguraniku ili njegovom zastupniku nadoknaditi troškove pravnog i bilo kakvog drugog zastupanja.

Ljekar cenzor (mišljenje i pregled)

Član 21a.

- (1) Kod djelimičnog gubitka ili poremećaja funkcije pojedinih dijela tijela ili organa, procenat trajne invalidnosti se može odrediti na temelju mišljenja ovlaštenog ljekara cenzora.
- (2) Ljekar cenzor svoje mišljenje daje na osnovu analize medicinske dokumentacije koju je Osiguranik dostavio prilikom prijave štete ili na osnovu neposrednog pregleda Osiguranika.
- (3) Osiguravač nije u obavezi naknade štete ukoliko Osiguranik odbije ljekarski pregled kod ljekara cenzora Osiguravača, a za koji Osiguravač snosi sve potrebne troškove koji nastanu provođenjem navedenog pregleda.
- (4) Pod troškovima se podrazumjevaju troškovi prevoza koje Osiguranik ima zbog pregleda i troškovi pregleda koje Osiguravač isplaćuje ljekaru cenzoru.

7. OSTALE UGOVORNE ODREDBE

Prelaz prava na naknadu

Član 22.

- (1) Osiguravač koji je isplatio osiguranu sumu ne može imati ni po kojem osnovu pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastupanje osiguranog slučaja.
- (2) Pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastupanje osiguranog slučaja pripada Osiguraniku odnosno Korisniku neovisno o njegovom pravu na osiguranu sumu.
- (3) Odredbe prethodnog stava ne odnose se na slučaj kad je osiguranje od posljedica nezgode ugovoreno kao osiguranje od odgovornosti.

Postupak po prigovorima

Član 22a.

U slučaju da se Osiguravač i Osiguranik ne slažu u pogledu odluke o osnovanosti odštetnog zahtjeva ili vrste i obima posljedica nesretnog slučaja, Osiguranik može uložiti prigovor nadležnom organu Osiguravača u primjerenom odnosno zakonskom roku. Povodom zaprimljenog prigovora Komisija za prigovore će, uvažavajući navode iz prigovora, će pregledati cjelokupni odštetni zahtjev sa pripadajućom dokumentacijom, nakon čega će u roku od 15 dana donijeti konačnu odluku u pisanom obliku u skladu s aktima društva kojima je propisan postupak postupanja po prigovorima.

Postupak vještačenja

Član 23.

- (1) U slučaju da se i po sprovedenom postupku rješavanja po prigovoru pred Komisijom za prigovore Osiguravač i Osiguranik ili Ugovaretelj osiguranja ne slože u pogledu odluke o odštetnom zahtjevu, i jedna i druga strane imaju pravo da traže rješavanje spornog slučaja pred Ljekarskom komisijom.
- (2) U Ljekarsku komisiju Osiguravač i Osiguranik predlažu svako po jednog ljekara. Prije vještačenja, oba ljekara biraju trećeg ljekara vještaka koji ima funkciju arbitra – predsjednika komisije. Ako se imenovani vještaci ljekari ne mogu složiti oko izbora trećeg vještaka-ljekara, nadležni sud imenovati će trećeg vještaka. Osiguranik je dužan podvrgnuti se pregledu pred Ljekarskom komisijom te obaviti neohodne pretrage koje mu komisija odredi.
- (3) Ako mišljenja ljekara vještaka (članova komisije) nisu jednaka, iste razmatra vještak arbitar, ali samo u pogledu spornih pitanja koji su nastali između članova komisije i donosi odluku koju dostavlja za obje strane.
- (4) Svaka strana plaća svoje troškove vještaka koga je imenovala, a trećem vještaku plaćaju obje strane po pola.

Otkaz ugovora o osiguranju

Član 24.

- (1) Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju sa neodređenim trajanjem, ukoliko ugovor nije prestao po nekom drugom osnovu.
- (2) Ugovarač osiguranja može na pismeni zahtjev otkazati ugovor o osiguranju za preostalo vrijeme trajanja, ukoliko ugovor o osiguranju nije prestao po nekom drugom osnovu. U tom slučaju premija se vraća Ugovaraču osiguranja, ako Osiguravač do tog vremena nije platio naknadu iz osiguranja i ako se nije desio osigurani slučaj.
- (3) Otkaz osiguranja se vrši pismenim putem uz otkazni rok od 90 dana, zadržavajući pravo da Osiguravač obračun premije za iskorišteno vrijeme trajanja obračuna prema izračunu premije osiguranja za trajanje ispod jedne godine dana (kratkoročno osiguranje).
- (4) Ukoliko Ugovarač osiguranja izjavi da raskida ugovor o osiguranju prije isteka roka, dužan je da Osiguravaču uplati iznos odobrenog popusta na premiju osiguranja.
- (5) Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina, svaka strana može poslije ovog roka, uz otkazni rok od šest mjeseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.
- (6) Ako je s obzirom na dogovoreno trajanje ugovora o osiguranju Osiguravač odobrio popust na premiju, u slučaju prijevremenog raskida ugovora može zatražiti naknadnu uplatu iznosa za koji bi premija bila uvećana, da je ugovor sklopljen samo za onaj period u kojem je ugovor stvarno bio na snazi.

Izmjena uslova osiguranja i tarifa premija

Član 25.

- (1) Ako Osiguravač izmjeni uslove osiguranja ili tarifu premija dužan je o tome pismeno ili na drugi pogodan način obavijestiti Ugovarača osiguranja najkasnije trideset dana prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ugovarač osiguranja ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 30 dana od dana prijema obavještenja. U tom slučaju ugovor o osiguranju prestaje istekom tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako Ugovarač osiguranja ne otkáže 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.

Zastarjelost potraživanja

Član 26.

Potraživanja iz ugovora o osiguranju od posljedica nesretnog slučaja

zastarijevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

Pravni okvir

Član 27.

Na pravne odnose između Osiguravača, Ugovarača osiguranja, Osiguranika, Korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulisani ovim Opštim uslovima, primjenjivaće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Nadležnost u slučaju spora

Član 28.

U slučaju spora između Ugovarača osiguranja odnosno Osiguranika i Osiguravača, nadležan je Opštinski sud u Sarajevu.

ZAVRŠNE ODREDBE

Stavljanje van snage važećih Opštih uslova. 1.0.-059-1243/13 od 22.01.2014.

Sastavni dio ovih Uslova je Tabela za određivanje procenta trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) (u tekstu: Tabela invaliditeta).

Navedeni Opšti uslovi od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) stupaju na snagu sa danom donošenja, a primjenjuju se od dana izdavanja saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, tj. od 03.06.2020 godine.

Feda Morankić, direktor društva