

Na osnovu člana 30. stav 3. tačka 4. Statuta "SAVA ŽIVOTNO OSIGURANJE", akcionarsko društvo za osiguranje, Beograd (u daljem tekstu: Društvo), Izvršni odbor Društva je na svojoj XXIII sednici, održanoj dana 20.09.2018. godine, doneo

POSEBNE USLOVE ZA DOPUNSKO OSIGURANJE OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE) UZ OSIGURANJE ŽIVOTA

UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za dopunsko osiguranje od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo ugovora o osiguranju života sa dopunskim osiguranjem od posledica nesrećnog slučaja koji ugovarač osiguranja zaključuje sa "SAVA ŽIVOTNIM OSIGURANJEM" a.d. o. Beograd (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ovim Posebnim uslovima regulišu se odnosi između ugovarača osiguranja i osiguravača po ugovorenim oblicima osiguranja od posledica nesrećnog slučaja (nezgode), i to:
 - smrti usled nesrećnog slučaja,
 - trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta),
 - prolazne nesposobnosti za rad (dnevna naknada),
 - narušenja zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć (troškovi lečenja),
 - isplate mesečne rente za slučaj nastanka trajnog invaliditeta (mesečna renta).

OPŠTE ODREDBE

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

- (1) Svaki ugovarač osiguranja uz osiguranje života može zaključiti i dopunsko osiguranje od posledica nesrećnog slučaja, ako ispunjava uslove iz stava (2) i (3) ovog člana.
- (2) Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati lica od navršениh četrnaest godina do navršene sedamdesetpete godine života.
- (3) Lica čija je opšta radna sposobnost umanjena usled neke teže bolesti, težih telesnih mana ili nedostataka, osiguravaju se uz naplatu uvećane premije pod posebnim uslovima propisanim za osiguranje uvećanih rizika (anormalni rizik).
- (4) Lica lišena poslovne sposobnosti u svakom slučaju su isključena iz osiguranja.

POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

Član 3.

- (1) Nesrećnim slučajem u smislu ovih Posebnih uslova smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt, potpuni ili delimični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć.
- (2) U smislu prethodnog stava, nesrećnim slučajem smatraju se 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 ili ubod insekta, izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana kakva infektivna bolest.
- (3) Kao nesrećni slučaj smatra se i sledeće:
 - 1) trovanje hemijskim agensima, osim profesionalnih oboljenja,

- 2) infekcija povrede prouzrokovana 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, peskom i sl.),
 - 7) prsnuće mišića, iščašenje, prsnuće zglobnih veza, prelom zdravih kostiju koji nastane usled naglih telesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredvidivim spoljašnjim događajem, a ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi,
 - 8) delovanje svetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako je osiguranik bio izložen neposredno usled jednog, pre toga nastalog nesrećnog slučaja, ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao sprečiti, ili im je bio izložen usled spašavanja ljudskih života,
 - 9) delovanje rendgenskih i radijumskih zraka ako nastupe naglo i iznenada, izuzev profesionalnih oboljenja.
- (4) Ne smatraju se nesrećnim slučajem u smislu ovih Posebnih uslova:
- 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 delovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je posle povrede utvrđena traumatska hernija kod koje je bolnički, pored hernije, utvrđena povreda mekih delova trbušnog zida u tom području,
 - 3) infekcije i oboljenja koja nastanu usled raznih oblika alergije, rezanja ili kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože,
 - 4) anafilaktički šok, osim ako nastupi pri lečenju zbog nastalog nesrećnog slučaja,
 - 5) hernija disci, intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloza, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitisa, kokcigodinija, išijalgija, fibrozitisa, fascitisa i sve patoanatomske promene slabinsko-krstične regije označene analognim terminima,
 - 6) odlepljenje mrežnjače (ablatio retinae), ukoliko nije nastala kao direktna povreda prethodno zdravog oka, bolnički dijagnostificirana,
 - 7) posledice koje nastanu kod osiguranika usled delirijum tremensa i delovanja droga,
 - 8) posledice medicinskih, naročito operativnih zahvata koji se preduzimaju radi lečenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posledica došlo usled dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis),
 - 9) patološke promene kostiju i patološke epifiziolize,
 - 10) sistemske neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 4.

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje sa određenim rokom trajanja.
- (2) Osiguranje počinje u momentu koji je kao početak ugovora o osiguranju predviđen Opštim uslovima za osiguranje života, ako je dopunsko osiguranje po ovim Posebnim uslovima zaključeno ili reaktivirano sa osiguranjem života.
Ako je ovo osiguranje uključeno kasnije, osiguranje počinje u 0.00 časova narednog dana od dana koji je u dodatku uz polis u označen kao dan uključenja osiguranja.
- (3) Osiguranje prestaje u 0.00 časova onog dana:
 - 1) koji je u polisu ili dodatku označen kao istek ugovora o osiguranju,
 - 2) kada prestane osiguranje života iz bilo kog razloga, predviđenog Opštim uslovima za osiguranje života,
 - 3) kada osiguranik bude potpuno lišen poslovne sposobnosti ili mu se ustanovi invaliditet od 100%.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 5.

- (1) Obaveza osiguravača da isplati ugovorenu osiguranu sumu, odnosno naknadu, ukoliko je ovo osiguranje zaključeno istovremeno sa osiguranjem života, počinje u 0.00 časova onog dana koji je u polisu označen kao početak osiguranja, ako

je do toga dana plaćena prva mesečna premija.

Ako je ovo osiguranje uključeno kasnije ili reaktivirano istovremeno sa osiguranjem života, obaveza osiguravača počinje u 0.00 časova narednog dana od dana koji je u dodatku uz polisu označen kao početak osiguranja, odnosno kao početak reaktivacije, pod uslovom da je do tog dana uplaćena prva mesečna premija, odnosno prva mesečna premija posle izvršene reaktivacije.

- (2) Ako prva mesečna premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza osiguravača počinje u 0.00 časova narednog dana od dana kada je prva mesečna premija plaćena u celosti.
- (3) Obaveza osiguravača po ovim Posebnim uslovima prestaje u 0.00 časova onog dana:
 - 1) koji je u polisi ili u dodatku označen kao istek osiguranja,
 - 2) kada ugovarač na opomenu osiguravača, koja mora biti dostavljena preporučenim pismom, ne uplati dospelu premiju u roku koji ne može biti kraći od mesec dana računajući od dana kada mu je pismo uručeno, niti to učini neko drugo zainteresovano lice.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 6.

- (1) Kada nastane nesrećni slučaj u smislu ovih Posebnih uslova, osiguravač isplaćuje iznose predviđene 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 100% invaliditet osiguranika,
 - 2) procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta, utvrđen prema Tabeli za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (u daljem tekstu: Tabela), ako je usled nesrećnog slučaja nastupio delimični invaliditet osiguranika,
 - 3) naknadu troškova lečenja prema članu 12. stav (9) i (10) ovih Posebnih uslova, ako je osiguraniku usled nesrećnog slučaja bila potrebna lekarska pomoć i ako je usled toga imao troškove lečenja,
 - 4) dnevnu naknadu prema članu 12. stav (8) ovih Posebnih uslova, ako je osiguranik, usled nesrećnog slučaja, bio privremeno nesposoban za rad, odnosno za vršenje svog redovnog zanimanja,
 - 5) mesečnu rentu prema članu 12. stav (12) ovih Posebnih uslova, ako je usled jednog nesrećnog slučaja kod osiguranika nastupio invaliditet u visini 40% ili više.
- (2) Obaveza osiguravača iz osnova zaključenog ugovora o osiguranju utvrđuje se prema osiguranim sumama koje su važile na dan nastanka nesrećnog slučaja.

ISKLUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 7.

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravača, ako je nesrećni slučaj nastao:
 - 1) usled zemljotresa;
 - 2) usled ratnih događaja u Republici Srbiji (bez obzira da li je rat objavljen ili ne), građanskog rata, pobune, revolucije, ustanka, kao i nemira koji nastanu iz takvih događaja i aktivnog učešća osiguranika u ratnim događajima izvan granica Republike Srbije;
 - 3) usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u tim događajima učestvovao po svom redovnom zanimanju i po pozivu od strane ovlašćenog organa Republike Srbije;
 - 4) pri upravljanju vazдушnim aparatima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima, bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazdušnog aparata – plovnog objekta, motornog i drugog vozila;
Odredbe tač. 4) ovog stava neće se primenjivati u slučaju kada neposredovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastanak nesrećnog slučaja.
U smislu ovih Posebnih uslova smatra se da osiguranik poseduje propisanu službenu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave preduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlašćenog stručnog instruktora.
 - 5) usled pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga,

- 6) usled toga što je osiguranik namerno prouzrokovao nesrećni slučaj,
- 7) usled toga što je korisnik namerno prouzrokovao smrt osiguranika, a ako je više korisnika, isključen je samo onaj korisnik koji je namerno prouzrokovao smrt osiguranika,
- 8) pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela kao i pri begu posle takve radnje,
- 9) usled dokazane uzročne veze između delovanja narkotičkih sredstava ili alkoholisanog stanja osiguranika i nastalog nesrećnog slučaja.

Alkoholisanim stanjem se smatra ako je u krvi osiguranika utvrđeno prisustvo alkohola više od dozvoljenog prema pozitivnim zakonskim propisima koji su na snazi u momentu nastanka osiguranog slučaja. Pod pojmom vozača smatraju se sva lica koja na putu upravljaju vozilom.

- (2) Ugovor o osiguranju je ništav, ako je u momentu njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj, ili je bio u nastupanju, ili je bilo izvesno da će nastupiti, ili ako je tada već prestala mogućnost da on nastane, a ugovaraču su te okolnosti bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Uplaćena premija se vraća ugovaraču, umanjena za troškove osiguravača.

UTVRĐIVANJE PREMIJE I OSIGURANE SUME

Član 8.

- (1) Visinu premije i osiguranih suma sporazumno utvrđuju ugovarač i osiguravač na osnovu Tarifa premija.
- (2) Premija se plaća unapred u ugovorenim rokovima.

PLAĆANJE PREMIJE

Član 9.

- (1) Premija osiguranja plaća se u smislu odredaba Opštih uslova za osiguranje života, koje regulišu naplatu premije.
- (2) Kod reaktivacije osiguranja osiguravaču ne pripada premija za dopunsko osiguranje od posledica nesrećnog slučaja za vreme za koje ovo osiguranje nije bilo na snazi.

PRIJAVA NESREĆNOG SLUČAJA

Član 10.

- (1) Osiguranik koji je usled nesrećnog slučaja povređen dužan je:
 - 1) da se prema mogućnostima odmah prijavi lekaru odnosno da pozove lekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i da odmah preduzme sve potrebne mere radi lečenja, kao i da se drži lekarskih saveta i uputa u pogledu načina lečenja,
 - 2) da o nesrećnom slučaju pismeno obavesti osiguravača kada mu to njegovo zdravstveno stanje omogući,
 - 3) da sa prijavom o nesrećnom slučaju pruži osiguravaču sva potrebna obaveštenja i podatke naročito o mestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime lekara koji ga je pregledao, ili koji ga leči, nalaz lekara o vrsti telesne povrede, o nastalim eventualnim posledicama, kao i podatke o telesnim manama, nedostacima i bolestima, koje je osiguranik eventualno imao još pre nastanka nesrećnog slučaja.
- (2) Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja dužan je da o tome pismeno obavesti osiguravača i da o tome pribavi potrebnu dokumentaciju.
- (3) Troškovi za lekarski pregled i izveštaj (izveštaj lekara, ponovni lekarski pregled i nalaz specijaliste) i ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje nesrećnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju padaju na teret podnosioca zahteva.
- (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 mere u svrhu lekarskog pregleda osiguranika preko svojih lekara, lekarskih komisija i zdravstvenih organizacija da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem.

UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA

Član 11.

- (1) Ako je usled nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika, korisnik je dužan da podnese polis i dokaz da je smrt nastupila kao posledica nesrećnog slučaja. Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu invaliditet, osiguranik je dužan da podnese:

polisu, dokaz o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja i medicinsku dokumentaciju – dokaz o ustaljenim posledicama za određivanje konačnog procenta trajnog invaliditeta.

- (2) Konačni procenat invaliditeta određuje osiguravač prema Tabeli. Ako neka posledica ili gubitak organa nisu u Tabeli predviđeni, procenat invaliditeta se određuje 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.
- (3) 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 za potpuni gubitak tog uda ili organa. Posledice povrede prstiju sabiraju se bez primene gornjeg principa.
- (4) U slučajevima gubitka više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ sabiraju se.
- (5) Ako zbir procenata 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.
- (6) Ako je opšta radna sposobnost osiguranika bila trajno umanjena pre nastanka nesrećnog slučaja, obaveza osiguravača određuje se prema novom invaliditetu nezavisno od prethodnog, osim u sledećim slučajevima:
 - 1) ako je prijavljeni nesrećni slučaj prouzrokovao povećanje dotadašnjeg invaliditeta, obaveza osiguravača se utvrđuje prema razlici između ukupnog procenta invaliditeta i ranijeg procenta,
 - 2) ako osiguranik prilikom nesrećnog slučaja izgubi ili povredi jedan od već ranije povređenih udova ili organa, obaveza osiguravača utvrđuje se samo prema povećanom invaliditetu.
- (7) Ako je osiguranik usled nesrećnog slučaja privremeno nesposoban za rad, dužan je da o tome podnese izveštaj lekara koji ga je lečio o trajanju privremene nesposobnosti – sprečenosti za rad. Ovaj izveštaj mora sadržati lekarski nalaz sa potpunom dijagnozom, tačne podatke kada je započelo lečenje i od kog do kog datuma osiguranik nije bio sposoban da obavlja svoje redovno zanimanje. Za osiguranike koji nisu u radnom odnosu, trajanje privremene nesposobnosti utvrđuje lekar – cenzor osiguravača, na osnovu medicinske dokumentacije.

ISPLATA OSIGURANE SUME

Član 12.

- (1) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu, odnosno njen odgovarajući deo osiguraniku, odnosno korisniku u roku od 14 dana, pošto obaveza osiguravača i visina obaveze budu utvrđeni.
- (2) Osiguravač je dužan da isplati ugovorenu osiguranu sumu, odnosno naknadu, samo ako je nesrećni slučaj nastao za vreme trajanja osiguranja i ako su se posledice nesrećnog slučaja predviđene u članu 6. ovih Posebnih uslova pojavile u toku godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja.
- (3) Procenat invaliditeta određuje se prema Tabeli posle završenog lečenja, u vreme kada je kod osiguranika, u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posledice, nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema lekarskom predviđanju ne može očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja, kao konačno se uzima stanje po isteku ovog roka i prema njemu se određuje porcenat invaliditeta.
- (4) Ako je za utvrđivanje visine obaveze osiguravača potrebno određeno vreme, osiguravač je dužan, na zahtev osiguranika, isplatiti iznos koji neosporno 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 pre nego što je utvrđena njegova obaveza s obzirom na okolnosti nastanka nesrećnog slučaja.
- (5) Ako osiguranik umre pre isteka godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja od posledice istog nesrećnog slučaja, a konačni procenat invaliditeta je već bio utvrđen, osiguravač isplaćuje iznos koji je određen za slučaj smrti, odnosno razliku između osigurane sume za slučaj smrti i iznosa koji je isplaćen pre toga na ime invaliditeta, ukoliko takva razlika postoji.
- (6) Ako konačni procenat invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre usled istog nesrećnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu određenu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume ili eventualno već isplaćenog nespornog dela (akontacije), ali samo tada ako je osiguranik umro najkasnije u roku od tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.
- (7) Ako pre utvrđenog procenta invaliditeta, u roku od tri 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.

- (8) Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu osiguranikovu prolaznu nesposobnost za rad, osiguravač isplaćuje osiguraniku ugovoreni iznos dnevne naknade za dane trajanja privremene nesposobnosti za rad, ukoliko nije drugačije ugovoreno (karenca), a prema izveštaju lekara o trajanju privremene nesposobnosti za rad, ali najviše za 200 dana. Ako je prolazna nesposobnost produžena iz bilo kojih zdravstvenih razloga, osiguravač je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za vreme trajanja bolovanja prouzrokovanog isključivo nesrećnim slučajem.
- Pravo na dnevnu naknadu prestaje danom početka rada sa punim ili skraćenim radnim vremenom.
- (9) Ako nesrećni slučaj ima za posledicu narušenje zdravlja osiguranika, koje zahteva lekarsku pomoć, a ugovorena je i naknada troškova lečenja, osiguravač isplaćuje osiguraniku, bez obzira na to da li ima i kakvih drugih posledica, prema podnetim dokazima, naknadu svih stvarnih i nužnih troškova lečenja, učinjenih najduže u toku godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja, a najviše do ugovorene osigurane sume za slučaj troškova lečenja.
- (10) Pod troškovima lečenja, kao posledice nesrećnog slučaja u smislu stava (10) ovog člana, smatraju se stvarni i nužni troškovi lečenja u odgovarajućim zdravstvenim ustanovama, izuzev zdravstvenih ustanova u privatnom vlasništvu, a koji su prema oceni nadležnog lekara neophodni, a padaju na teret osiguranika (participacije bolničkog lečenja, hirurških intervencija, nabavka veštačkih udova i dr.). Osiguravač nije dužan da nadoknadi troškove lečenja ako osiguranik ima pravo na besplatno lečenje u zdravstvenim ustanovama.
- (11) Ako kao dalja posledica nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika ili invaliditet, osiguravač isplaćuje korisniku, odnosno osiguraniku, iznos osigurane sume predviđen za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za prolaznu nesposobnost za rad i isplaćenu naknadu troškova lečenja.
- (12) Ako usled jednog nesrećnog slučaja kod osiguranika nastupi invaliditet u visini 40% ili više, osiguravač će osiguraniku u periodu od 5 godina, nakon utvrđivanja stepena invaliditeta, isplaćivati ugovorenu mesečnu rentu. Sa početkom isplaćivanja mesečne rente, osiguranje za ovaj rizik prestaje, a osiguravaču pripada premija za celu tekuću godinu u kojoj je utvrđeno pravo na mesečnu rentu.

ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

Član 13.

- (1) Korisnici za slučaj osiguranikove smrti u svakom slučaju su lica koja su kao takva označena u polisi kao korisnici za slučaj smrti osiguranika iz osnova osiguranja života, odnosno lica koja su kao takva označena u dodatku o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja.
- (2) Ako korisnik nije određen na način iz prethodnog stava, korisnici se utvrđuju u skladu sa odredbama Zakona o obligacionim odnosima.
- (3) Za slučaj invaliditeta korisnik osiguranja je uvek sam osiguranik.
- (4) U slučaju smrti osiguranika pre izvršene isplate naknade na ime trajnog invaliditeta, isplata se vrši zakonskim naslednicima osiguranika.

POSTUPAK VEŠTAČENJA

Član 14.

- (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 poveriti dvojici veštaka – lekara od kojih jednog imenuje osiguravač, a drugog suprotna strana. Pre veštačenja ova dvojica veštaka biraju trećeg veštaka, koji će dati svoje stručno mišljenje i to samo o pitanjima koja ostanu sporna među veštacima i u granicama njihovih procena.
- (2) Svaka strana plaća troškove veštaka kojeg je imenovala, a trećem veštaku plaćaju obe strane po pola.

POSTUPAK PO PRIGOVORIMA

Član 15.

- (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 nadležnom organu osiguravača.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 16.

- (1) Potraživanja iz ugovora o dopunskom osiguranju od posledica nesrećnog slučaja uz osiguranje života zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.
- (2) U slučaju spora nadležan je sud u sedištu osiguravača.

Član 17.

- (1) Sastavni deo ovih Posebnih uslova je Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) osiguranika kao posledice nesrećnog slučaja (nezgode) TI – 01 / 08.
- (2) Danom početka primene ovih Posebnih uslova prestaju da važe Posebni uslovi za dopunsko osiguranje od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života od 12.12.2013. godine.
- (3) Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu i primenjuju se počev od 01.10.2018. godine, a nakon izjašnjenja Nadzornog odbora na iste.