

Agram

ADRIATIC

**OPĆI UVJETI ZA
OSIGURANJE OSOBA
OD POSLJEDICA
NESRETNOG SLUČAJA
(NEZGODE)**

OPĆI UVJETI ZA OSIGURANJE OSOBA OD POSLJEDICA NESRETNOG SLUČAJA (NEZGODE)

I. UVODNE NAPOMENE

Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode (u daljnjem tekstu Opći uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja, kojeg ugovaratelj osiguranja sklopi sa Adriatic osiguranjem d.d. (u daljnjem tekstu osiguravatelj).

Značenje pojmova

Članak 1.

Pojedini pojmovi u ovim Općim uvjetima znače:

- 1) **Osiguravatelj** - Adriatic osiguranje d.d. Sarajevo sa kojim je sklopljen ugovor o osiguranju
- 2) **Ugovaratelj osiguranja** - osoba koja je ugovorila policu osiguranja sa osiguravateljem
- 3) **Osiguranik** - je osoba od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja ovisi isplata iznosa osiguranja, odnosno naknade
- 4) **Korisnik** - osoba koja ima pravo na iznos osiguranja odnosno naknade temeljem ugovora o osiguranju
- 5) **Premija** - novčana naknada koju ugovaratelj osiguranja, po ugovoru o osiguranju, plaća osiguravatelju za preuzimanje rizika u osiguranje
- 6) **Iznos osiguranja** - najviši iznos koji je ugovaratelj dužan platiti osiguraniku prema ugovoru o osiguranju
- 7) **Osigurana svota** - novčana naknada koju je osiguravatelj obavezan isplatiti temeljem ugovora o osiguranju, a po nastanku osiguranog slučaja
- 8) **Polica** - isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju. Polica mora sadržavati bitne elemente propisane zakonom (ZOO)
- 9) **Osigurani slučaj** - događaj prouzročen osiguranim rizikom. Rizik koji je obuhvaćen osiguranjem (osigurani rizik) mora biti budući, neizvjestan i nezavisan od isključive volje ugovaratelja osiguranja ili osiguranika
- 10) **List pokrića** - privremeni dokaz o zaključenom osiguranju koji sadrži bitne elemente ugovora o osiguranju
- 11) **Ponuda** - pismeni podnesak ponuditelja osiguranja za sklapanje ugovora na tiskanici osiguravatelja.

II. OSNOVNE ODREDBE

SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Sklapanje ugovora o osiguranju

Članak 2.

- (1) Ugovor o osiguranju od posljedica nezgode

(nesretnog slučaja) sklapa se na temelju pisane ili usmene ponude.

- (2) Osiguravatelj može prethodno tražiti pisanu ponudu od ponuditelja na posebnoj tiskanici. Ako ugovaratelj i osiguranik nisu jedna te ista osoba, osiguravatelj može tražiti da ponudu potpiše i osoba koja treba biti osigurana na temelju te ponude.
- (3) Ako osiguravatelj ne prihvati pisanu ponudu, dužan je u roku od 8 (osam) dana od njenog primitka o tome pismom obavijestiti ponuditelja.
- (4) Ako osiguravatelj nije odbio ponudu koja ne odstupa od uvjeta po kojima osigurava, smatra se da je osiguranje sklopljeno u 24,00 sata onoga dana kada je ponuda prispjela osiguravatelju.
- (5) Ako osiguravatelj izjavi da prihvata ponudu samo pod izmijenjenim uvjetima, osiguranje se smatra sklopljenim danom kada je ugovaratelj pristao na izmijenjene uvjete.
- (6) Smatra se da je ponuditelj odustao od sklapanja ugovora, ako na izmijenjene uvjete ne pristane u roku od 8 (osam) dana od primitka preporučenog pisma osiguravatelja.
- (7) Ugovor o osiguranju sklopljen je kada ugovaratelj i osiguravatelj potpišu policu osiguranja ili list pokrića.
- (8) U slučaju neslaganja neke odredbe Općih uvjeta i neke odredbe police, primijenit će se odredbe police, a u slučaju neslaganja neke tiskane odredbe police i neke na polici rukom pisane odredbe, primijenit će se rukom pisane odredbe.
- (9) Osiguranje od posljedica nezgode može se ugovoriti u opsegu sljedećih pokrića:
 - 1) trajni invaliditet (gubitak opće radne sposobnosti od posljedica nesretnog slučaja - nezgode)
 - 2) smrti uslijed nesretnog slučaja - nezgode
 - 3) bolnička naknada uslijed nesretnog slučaja - nezgode (naknada za liječenje u bolnici zbog posljedica nesretnog slučaja - nezgode) do 365 dana
 - 4) dnevna naknada uslijed nesretnog slučaja - nezgode (naknada za slučaj prolazne nesposobnosti za rad od posljedica nesretnog slučaja - nezgode - bolovanje) do 200 dana
 - 5) smrti uslijed bolesti
 - 6) smrt uslijed prometne nezgode
 - 7) iznenadna smrt uslijed bolesti
 - 8) troškovi liječenja uslijed nesretnog slučaja

- nezgode koje osiguranik sam mora snositi uslijed liječenja kao posljedice nesretnog slučaja – nezgode

- 9) naknada za teško bolesna stanja
 - 10) naknada za prijelom kostiju
 - 11) naknada za trošak estetskih operacija za otklanjanje tjelesnih nedostataka uslijed nesretnog slučaja - nezgode
 - 12) naknada troškova pratnje skrbnika
 - 13) odgovornost prema osobama osiguranim od posljedica nesretnog slučaja - nezgode i njihovim stvarima)
 - 14) troškovi spašavanja (automatski u pokriću, bez nadoplate premije na teritorijalno pokriće BIH)
 - 15) bolnička naknada uslijed bolesti i nezgode
 - 16) osiguranje naknade za osigurani slučaj HITNIH KIRURŠKIH INTERVENCIJA (operacija).
- (10) U polici se uvijek ugovaraju **OBVEZNO** osnovni rizici (rizici pod rednim brojevima 1. i 2. iz predhodnog stava (9), bez kojih se ostala pokrića ne mogu samostalno ugovarati (dnevna naknada, bolnička naknada itd.).

OBLIK UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 3.

- (1) Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovoru vrijede samo ako su sklopljeni u pisanom obliku.
- (2) Svi zahtjevi ili izjave podnijeti su pravovremeno ako su podnijeti u roku iz odredbi ovih Općih uvjeta. Kao dan primitka smatra se datum poštanskog žiga.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Članak 4.

- (1) U pravilu se mogu osigurati osobe od navršene 14. (četnaeste) do navršene 75. (sedamdeset i pete) godine života. Osobe mlađe od 14 godina i starije od 75 godina mogu biti osigurane samo po posebnim ili dodatnim uvjetima i klauzulama.
- (2) Osobe čija je opća radna sposobnost umanjena zbog neke teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka, osiguravaju se uz naplatu povišene premije, a u skladu sa Klauzulom za povećani rizik.
- (3) Duševno bolesne osobe i osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti u svakom su slučaju isključene iz osiguranja, osim ako zakonom nije drugačije određeno.

POJAM NESRETNOG SLUČAJA - NEZGODE

Članak 5.

- (1) Nesretnim slučajem, tj. nezgodom u smislu ovih Općih Uvjeta smatra se svaki iznenadni i od

volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt, potpuni ili djelomični invaliditet, privremenu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć.

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

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

- (4) Ne smatraju se nesretnim slučajem, tj. nezgodom u smislu ovih Uvjeta:

- 1) zarazne, profesionalne i ostale bolesti, kao i posljedice psihičkih utjecaja
- 2) trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu zbog izravnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, ako je nakon ozljede utvrđena traumatska

- kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena ozljeda mekih dijelova trbušnog zida u tom području
- 3) infekcije i bolesti koje nastanu zbog raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože
 - 4) anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju radi nastalog nesretnog slučaja
 - 5) hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloze, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitis, kokcigodinja, ishialgija, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko križne regije označene analognim terminima
 - 6) odljepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesno ili degenerativno promijenjenog oka, a izuzetno se priznaje odljepljenje mrežnice prethodno zdravog oka, ako postoje znakovi izravne vanjske ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi
 - 7) posljedice koje nastanu zbog delirijum tremensa i djelovanja droga
 - 8) posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se poduzimaju u svrhu liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis)
 - 9) patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize
 - 10) sustavne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti.

POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

Članak 6.

- (1) Obveza osiguravatelja iz ugovora o osiguranju, ako nije drugačije ugovoreno, počinje po isteku 24. sata dana koji je u ispravi o osiguranju naveden kao početak osiguranja, ako je do tada plaćena premija osiguranja, a prestaje po isteku 24. sata koji je u ispravi o osiguranju naveden kao dan isteka trajanja osiguranja.
- (2) Ako je u polici naveden samo početak osiguranja, osiguranje se produžuje iz godine u godinu sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkaže.
- (3) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 24,00 sati onoga dana:
 - 1) kada nastupi osiguranikova smrt ili bude ustanovljen 100% invaliditet
 - 2) kada osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti

- 3) kada istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navršši 75 (sedamdeset i pet) godina života, ako nije drugačije ugovoreno
 - 4) kada protekne rok iz članka 10. stavka 7. ovih Uvjeta, a premija do tog roka nije plaćena
 - 5) kada bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu članka 27. ovih Općih uvjeta.
- (4) Ako je ugovoreno da se premija plaća nakon sklapanja ugovora, obveza osiguravatelja počinje od dana određenog u polici osiguranja ugovoru kao dana početka osiguranja.
 - (5) Ako se premija plaća poštom ili u banci, smatra se da je plaćena onog dana kada pošta ili banka primi uplatu. U svim drugim slučajevima smatra se da je plaćena premija onog dana kada je uplata provedena u korist osiguravatelja.
 - (6) Ugovor o osiguranju se zaključuje:
 - a) sa određenim rokom trajanja za vrijeme od jedne godine ili kraće - kratkoročno osiguranje
 - b) na neodređeno vrijeme trajanja koje se nastavlja iz godine u godinu ako ga koja od ugovornih strana pismeno ne otkaže najkasnije tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja - dugoročno osiguranje.
Kod ovih osiguranja na polici se označava samo dan početka osiguranja
 - c) sa određenim rokom trajanja za vrijeme preko jedne ili više godina - višegodišnje osiguranje.

OPSEG OBVEZE OSIGURAVATELJA

Članak 7.

- (1) Kada nastane nezgoda u smislu ovih Općih uvjeta, osiguravatelj isplaćuje iznose ugovorene u ugovoru o osiguranju (polici osiguranja) i to:
 - 1) trajni invaliditet – iznos osiguranja za slučaj trajnog invaliditeta ako je usljed nesretnog slučaja - nezgode nastupio potpuni invaliditet osiguranika, odnosno postotak od osigurane svote za slučaj trajne invalidnosti koji odgovara postotku trajne djelomične invalidnosti ako je uslijed nesretnog slučaja nastupila trajna djelomična invalidnost osiguranika
 - 2) smrt uslijed nesretnog slučaja - nezgode - osiguranu svotu za slučaj smrti uslijed nesretnog slučaja - nezgode ugovorenu u polici.
Ako nastupi smrt osiguranika mlađeg od 14 godina ili starijeg od 75 godina, osiguravatelj je obvezan isplatiti korisniku 50% od osigurane svote za osiguranika slučaj smrti uslijed nesretnog slučaja - nezgode koji je naveden u polici osiguranja.

Ako je ugovorena i plaćena premija za:

- 3) bolničku naknadu - ugovoreni iznos bolničke naknade zbog liječenja u bolnici od posljedica nezgode prema članku 21. ovih Uvjeta
 - 4) troškove liječenja - ugovorenu naknadu troškova liječenja prema članku 23. ovih Uvjeta, ako je osiguraniku zbog nezgode bila potrebna liječnička pomoć i ako je zbog toga imao troškove liječenja
 - 5) troškove spašavanja osiguranika prema članku 24. Ovih uvjeta, do najviše 50% osigurane svote za slučaj smrti uslijed nezgode, kada se osiguraniku dogodi nezgoda na teritoriju Bosne i Hercegovine, ako u polici nije drugačije naznačeno i ugovoreno
 - 6) Ostale ugovorene obveze navedene u polici, prema dodatnim uvjetima ili klauzulama.
- (2) Obveza osiguravatelja iz prethodnog stavka postoji kad je nesretni slučaj - nezgoda nastala pri obavljanju one djelatnosti koja je u polici izričito navedena (na primjer: pri i izvan obavljanja redovnog zanimanja ili samo u jednom određenom zanimanju ili svojstvu npr. sportaš, lovac, vozač ili putnik u motornom vozilu, vatrogasac itd.).
- (3) Uz osiguranje za slučaj smrti uslijed nesretnog slučaja - nezgode moguće je ugovoriti i dodatno osiguranje za slučaj smrti uslijed prometne nezgode. U slučaju nastupa osiguranog slučaja korisnicima osiguranja isplaćuju se oba ugovorena iznosa osiguranja. Prometna nezgoda definira se u skladu sa važećim Zakonom o osnovama sigurnosti prometa na putevima BiH.

OGRANIČENJE OBVEZE OSIGURAVATELJA

Članak 8.

- (1) Ako nije ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća premija u skladu sa Cjenikom za osiguranje osoba od posljedica nezgode, osiguravatelj je u obvezi nadoknaditi 30% (posto) iznosa koji bi inače bio u obvezi nadoknaditi ostvarenjem osiguranog slučaja, ako osigurani slučaj nastane:
- 1) za vrijeme vožnje ili upravljanja zračnim letjelicama bilo koje vrste, osim ako je u svojstvu putnika u javnom prometu pri čemu se nadoknađuje puni ugovoreni iznos osiguranja.
 - 2) za vrijeme sportskih skokova sa padobranom, samostalno ili ne,
 - 3) prilikom automobilskih, motociklističkih, moto- nautičkih, skijaških, konjičkih i drugih sličnih brzinskih utrka i vožnja, kao i treninga

za iste u kojima osiguranik sudjeluje kao registriran član sportskog društva ili kluba.

- 4) pri profesionalnom bavljenju sportom
- (2) Ako nije ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća premija u skladu sa Cjenikom za osiguranje osoba od posljedica nezgode, osiguravatelj je u obvezi nadoknaditi 60% (posto) iznosa koji bi inače bio u obvezi nadoknaditi ostvarenjem osiguranog slučaja, ako osigurani slučaj nastane:
- 1) za vrijeme sportske rekreacije od sljedećih sportova: alpinizam, base jumping, borilački sportovi, bungee jumping, jahanje, ronjenje, speleologija
 - 2) pri treningu ili sudjelovanju osiguranika u javnim sportskim natjecanjima u svojstvu registriranog člana sportskog društva ili sl. (amatersko bavljenje sportom) u svim sportovima osim:
 - navedenih prema točki 3. prethodnog stavka ovog članka i
 - za sportove: akrobatski rocknroll, atletika, badmington, tenis, boćanje, golf, kuglanje, odbojka, ples, plivanje, stolni tenis.
 - 3) zbog ratnih događaja i sličnih oružanih sukoba u kojima se osiguranik nađe izvan granica Bosne i Hercegovine, osim ako se osigurani slučaj dogodi u roku 14 dana od prvog nastupanja takvih događaja u zemlji u kojoj osiguranik boravi i ako su ga tamo navedeni događaji iznenadili, pod uvjetom da osiguranik nije sudjelovao u tim događajima i sukobima
 - 4) kod osiguranika koje predstavljaju povećani rizik, zato što ima ili je imao težu bolest ili tjelesnu manu i nedostatak (anormalni rizik).
- (3) Osobe koje imaju urođene ili stečene tjelesne mane i nedostatke ili bolesti zbog kojih im je opća radna sposobnost umanjena preko 50% smatraju se povećanim, tj. anormalnim rizikom te se primjenjuje Klauzula za povećani rizik, ako nije drugačije navedeno u polici ili pripadajućim Uvjetima osiguranja.
- (4) Ako se osiguranik ne pridržava uputa liječnika, osiguravatelj nije u obvezi nadoknaditi ugovoreni iznos u cijelosti, već u srazmjeru prema povećanim posljedicama koje je takvo nepridržavanje uzrokovalo.
- (5) Ako je na pogoršanje ozljede osiguranika ili dužinu oporavka utjecalo i oboljenje ili degenerativne promjene osobe ili neka druga tjelesna mana od prije početka osiguranja, obveza osiguranika se smanjuje u srazmjeru udjela takve degenerativne promjene ili mane.

ISKLUČENJE OBVEZE OSIGURAVATELJA

Članak 9.

- (1) Isključene su u cijelosti sve osiguravateljeve obveze, ako je nezgoda nastala:
- 1) zbog potresa
 - 2) ratom, ratnim operacijama, pobunama, neprijateljstvima ili ratu sličnim događajima, građanskim ratom, revolucijom, ustankom, građanskim nemirima koji nastanu iz takvih događaja, zbog detonacije eksploziva, mina, torpeda, bomba ili pirotehničkih sredstava u okolnostima iz ove točke, a koji se dogode unutar granica BiH
 - 3) terorističkim djelovanjima, tj. aktima terora i drugim aktima nasilja, u pravilu iz političkih pobuda, poduzetim smišljeno sa ciljem teškog narušavanja javnog reda zastrašivanjem i izazivanjem osjećaja straha, panike i osobne nesigurnosti građana, zastrašivanja vlasti ili društva kako bi se postigli ciljevi koji su općenito politički, vjerski ili ideološki, a koji se dogode unutar granica BiH
 - 4) pri upravljanju letjelicama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene dozvole za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. U skladu sa ovim Uvjetima smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu dozvolu kada u svrhu pripremanja i polaganja ispita za dobivanje službene dozvole, poduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlaštenog stručnog instruktora
 - 5) pri obavljanju sljedećih zanimanja: pirohetničari minsko-eksplozivnih sredstava, sva zanimanja povezana s rukovanjem eksplozivom i eksplozivnim napravama i materijalima (ako nije drugačije ugovoreno), vatrogasci, spasioци i sudionici ekspedicija, ronionci, djelatnost tjelesne zaštite
 - 6) zbog pokušaja ili izvršenja samoubojstva
 - 7) zato što je ugovaratelj osiguranja, osiguranik ili korisnik namjerno uzrokovao nezgodu
 - 8) pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju kaznenog djela, kao i pri pokušaju ili bijegu poslije takve radnje
 - 9) zbog djelovanja alkohola i/ili narkotičkih sredstava na osiguranika, bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe za nastanak nesretnog slučaja. Smatra se da je nezgoda nastala zbog djelovanja alkohola, ako je u vrijeme nastanka nezgode utvrđena

koncentracija alkohola u organizmu osiguranika bila viša od 0,5 g/kg, utvrđena bilo kojom metodom, pri upravljanju prometnim sredstvom, a u ostalim slučajevima više od 1,0 g/kg. Smatra se da je nezgoda nastala zbog djelovanja narkotičkih sredstava, ako je u vrijeme nastanka nezgode utvrđeno da osoba ima u tijelu nedozvoljeno ili zabranjeno narkotičko sredstvo. Smatra se da je osiguranik pod utjecajem alkohola i/ili narkotičkih sredstava ako se nakon prometne nezgode odbije podvrgnuti ispitivanju na prisutnost alkohola i/ili narkotičkih sredstava, kao i ako se udalji s mjesta prometne nezgode prije dolaska policije, odnosno ako nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku postaju o prometnoj nezgodi ili ako na drugi način izbjegne testiranje.

U ovakvim slučajevima ne postoji obaveza osiguravatelja samo ako je takvo stanje osiguranika imalo uzročnu vezu sa nastankom nesretnog slučaja

- 10) zbog radioaktivne kontaminacije ako je intenzitet zračenja, izmjeren izvan kruga mikrolokacije izvora zračenja, bio iznad zakonom dopuštene granice
 - 11) zbog aktivnog sudjelovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoobrane
 - 12) zbog unutarnjih nemira i nereda, navijačkih izgređa i sl. ako je osiguranik bio na strani izazivača nereda
 - 13) zbog tjelesnih povreda tijekom liječenja ili operacijskih zahvata kada ih osiguranik sam inicira (uključivo i estetski zahvati) ako nisu bili neophodni za zdravlje osiguranika ili nužni nakon nastanka nezgode
 - 14) za ozljede koje nisu medicinski dokumentirane unutar 1 (jedne) godine od nastanka nezgode
 - 15) zbog prekomjerne upotrebe lijekova, izvan propisanih doza od strane liječnika ili ljekarnika.
- (2) Ugovor o osiguranju ništetan je ako je u trenutku njegova sklapanja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju, ili je bilo sigurno da će nastupiti, a uplaćena premija vraća se ugovaratelju umanjena za nastale osiguravateljeve troškove

PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

Članak 10.

- (1) Premiju osiguranja ugovaratelj osiguranja obavezan je platiti u cijelosti pri ispostavljanju police, za

svaku godinu trajanja osiguranja, ako se ne ugovori drugačije i ne naznači u polici osiguranja.

- (2) Iznosi premija uvećavaju se za pripadajući porez ili drugo slično davanje ako je ono predviđeno zakonskim odredbama ili propisima.
- (3) Na iznos dospjele premije koja se plaća u ugovorenim rokovima može se obračunati i naplatiti ugovorena kamata definirana internim aktima
- (4) Ako je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka zbog isplate iznosa osiguranja za slučaj smrti ili potpunog invaliditeta, premija ugovorena za cijelu tekuću godinu osiguranja pripada osiguravatelju.
- (5) U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju prije isteka ugovorenog roka osiguravatelju pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje, tj. do kojeg je nosio rizik, uvećano za troškove osiguravatelja oko izdavanja ili skraćivanja police, ako nije imao do tada nikakvu obvezu isplate štete (osigurnine) po polici.
- (6) Ako ugovaratelj ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka niti to učini koja druga zainteresirana osoba, ugovor o osiguranju prestaje nakon isteka tridesetog dana od uručjenja osiguravateljeva preporučenog pisma s izvješćem o dospjeloj premiji. Taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 (trideset) dana od dospeljeća premije.
- (7) Ugovor o osiguranju prestaje u svakom slučaju ako premija ne bude plaćena u roku od godinu dana od dana dospelosti.

PROMJENA RIZIKA - ZANIMANJA OSIGURANIKA

Članak 11.

- (1) Ugovaratelj, odnosno osiguranik dužan je osiguravatelju odmah prijaviti promjenu zanimanja.
- (2) Ako promjena zanimanja utječe na promjenu opasnosti, tj. rizika, osiguravatelj će u slučaju povećanja rizika predložiti povećanu premiju ili smanjenje iznosa osiguranja, a u slučaju smanjenja rizika smanjenje premije ili povećanje iznosa osiguranja. Tako određeni iznosi osiguranja i premije vrijede od isteka dana kada su prijavljene izmjene napravljene u polici osiguranja pa sve do isteka police osiguranja.
- (3) Ako ugovaratelj ne prijavi promjenu zanimanja niti prihvati povećanje, odnosno smanjenje premije, tj. iznosa osiguranja u roku od 14 (četrnaest) dana od dana pismenog primitka takvog prijedloga od osiguravatelja, a u međuvremenu nastane osigurani slučaj, iznosi osiguranja će se smanjiti ili povećati u razmjeru između plaćene premije

i premije koju je trebalo platiti po dostavljenom prijedlogu osiguravatelja.

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA

Članak 12.

- (1) Osiguranik koji je zbog nastanka osiguranog slučaja ozlijeđen, dužan je:
 - 1) događaj odmah prijaviti liječniku, odnosno pozvati liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći, odmah poduzeti sve potrebne mjere radi liječenja i držati se liječničkih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja
 - 2) nezgodu prijaviti osiguravatelju u pisanom obliku u najkraćem roku, tj. kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće
 - 3) u prijavi o osiguranom slučaju pružiti osiguravatelju sva potrebna izvješća i podatke, naročito o mjestu i vremenu kad je osigurani slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime liječnika koji ga je pregledao i uputio na liječenje ili koji ga liječi, liječnički nalaz o vrsti i težini tjelesne ozljede, o nastalim eventualnim posljedicama te podatke o manama, nedostacima i bolestima (članak 8. st. 3. ovih Uvjeta) koje je osiguranik eventualno imao prije nastanka osiguranog slučaja.
- (2) Ako je osigurani slučaj imao za posljedicu osiguranikovu smrt, korisnik osiguranja dužan je o tome pismeno izvijestiti osiguravatelja u najkraćem roku, podnijeti prijavu osiguranog slučaja, policu osiguranja i dokaz da je smrt nastupila kao posljedica osiguranog slučaja. Ako u polici osiguranja korisnik nije izričito određen, osoba koja se smatra korisnikom dužna je podnijeti i dokaz o svom pravu na iznos osiguranja.
- (3) Troškovi za liječnički pregled i izvješća (početno i zaključno liječničko izvješće, ponovni liječnički pregled i nalaz specijalista) te ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje okolnosti nastanka osiguranog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnositelja zahtjeva.
- (4) Osiguravatelj je ovlašten i ima pravo od osiguranika, ugovaratelja, korisnika, zdravstvene ustanove ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe tražiti naknadna objašnjenja i dokaze te na svoj trošak poduzimati radnje u svrhu liječničkog pregleda osiguranika od svojih liječnika ili liječničkih komisija, da bi se utvrdile važne okolnosti o prijavljenom osiguranom slučaju.
- (5) Ako osiguranik ne postupi prema odredbama

iz točke 1. stavka 1. ovog članka te zbog takva postupanja pridonese nastanku ili povećanju obveze osiguravatelja po bilo kojoj osnovi, nego što bi inače ta obveza bila, osiguravateljeva obveza će biti smanjena razmjerno učinjenom propustu osiguranika.

- (6) Ako ugovaratelj, osiguranik ili korisnik ne prijavi osigurani slučaj osiguravatelju, niti dostavi cjelokupnu medicinsku i ostalu potrebnu dokumentaciju, već odmah pokrene sudski spor protiv osiguravatelja, takva tužba nema značaj prijave. Svi troškovi takvog sudskog postupka (sudske pristojbe, troškovi vještačenja, nagrada i troškovi odvjetnika, svjedoka i drugo), bez obzira na ishod sudskog spora, padaju na teret tužitelja.

UTVRĐIVANJE PRAVA I OBVEZA KORISNIKA

Članak 13.

- (1) Prava po ovim Općim uvjetima pripadaju korisniku samo ako se nezgoda dogodila za vrijeme trajanja osiguranja i ako su ugovorene posljedice predviđene ovim Uvjetima nastupile tijekom godine dana od dana nastanka osiguranog slučaja.
- (2) Ako je osigurani slučaj imao za posljedicu invaliditet, osiguranik je dužan podnijeti: prijavu, policu osiguranja, dokaz o uplaćenju premiji, dokaz o okolnostima nastanka osiguranog slučaja i liječničku dokumentaciju s utvrđenim posljedicama radi određivanja konačnog postotka trajnog invaliditeta.
- (3) Konačni postotak invaliditeta određuje osiguravatelj prema Tablici za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice osiguranog slučaja (u daljnjem tekstu: Tablica invaliditeta) i Klauzule o progresiji (ako je osiguranik ugovorio osiguranje s primjenom progresivne isplate), poslije završenog liječenja u vrijeme kada je u osiguranika u odnosu na pretrpljene ozljede i nastale posljedice nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema liječničkom predviđanju ne može očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku tri godine od dana nastanka osiguranog slučaja, kao konačno uzima se stanje po isteku ovog roka i prema njemu se određuje postotak trajnog invaliditeta.
- Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje osiguranika (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir pri određivanju postotka invalidnosti.
- (4) Ako je osiguranik zbog osiguranog slučaja privremeno nesposoban za rad, dužan je o tome podnijeti potvrdu liječnika koji ga je liječio. Ta

potvrda (izvješće) mora sadržavati liječnički nalaz s potpunom dijagnozom, točne podatke kada je i zbog čega počelo liječenje i od kojeg do kojeg dana osiguranik nije bio sposoban obavljati svoje redovito zanimanje.

- (5) Ako je opća radna sposobnost osiguranika bila trajno umanjena prije nastanka osiguranog slučaja, obaveza osiguravatelja određuje se prema novoj invalidnosti, tj. prema razlici između ukupnog postotka invalidnosti nakon nastanka nesretnog slučaja i postotka invalidnosti prije nastanka nesretnog slučaja.

ISPLATA OSIGURNINE

Članak 14.

- (1) Kad se dogodi osigurani slučaj, osiguravatelj je dužan isplatiti ugovoreni iznos osigurane svote, odnosno njen odgovarajući dio ili ugovorenu dnevnu, tj. bolničku naknadu ili drugu ugovorenu naknadu u roku od 14 (četrnaest) dana, računajući od dana kada je osiguravatelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio. Ako je za utvrđivanje postojanja obveze osiguravatelja ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, taj rok počinje teći od dana kada je utvrđeno postojanje obveze i njezin iznos.
- (2) Ako nakon nastanka nezgode nije moguće utvrditi konačni postotak invaliditeta, osiguravatelj je dužan na osiguranikov zahtjev isplatiti iznos koji neosporno odgovara postotku trajnog invaliditeta za koji se već tada može na temelju medicinske dokumentacije utvrditi da će trajno ostati. Osiguravatelj neće isplatiti nesporni dio prije nego što je utvrđena njegova obveza s obzirom na okolnosti nastanka osiguranog slučaja.
- (3) Ako osiguranik prije isteka godine dana od dana nastanka osiguranog slučaja umre od posljedica toga osiguranog slučaja, a konačni je postotak trajnog invaliditeta već bio utvrđen, osiguravatelj isplaćuje iznos koji je određen za slučaj smrti uslijed nezgode, odnosno razliku između iznosa osiguranja za slučaj smrti uslijed nezgode i iznosa koji je bio prije toga isplaćen na ime trajnog invaliditeta, ako takva razlika postoji.
- (4) Ako konačni postotak trajnog invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre uslijed posljedica istog nesretnog slučaja, osiguravatelj isplaćuje korisniku iznos osiguranja određen za slučaj smrti uslijed nezgode, odnosno samo razliku između tog iznosa i eventualno već isplaćenog nespornog dijela (akontacije), ali samo ako je osiguranik umro najkasnije u roku od 3 (tri) godine od dana nastanka nesretnog slučaja.

- (5) Ako prije utvrđenog postotka trajnog invaliditeta u roku od 3 (tri) godine od nastanka osiguranog slučaja nastupi smrt osiguranika iz bilo kojeg drugog uzroka osim navedenog u prethodnom stavku ovog članka, visina obveze osiguravatelja iz osnova invaliditeta utvrđuje se na osnovi postojeće liječničke dokumentacije.

TRAJNI INVALIDITET

Članak 15.

- (1) Trajni invaliditet je potpuni ili djelomični gubitak organa, trajni, potpuni ili djelomični gubitak funkcije organa ili pojedinih dijelova organa nakon završenog liječenja.
- (2) Ako osiguranik želi u polici osiguranja može se ugovoriti pokriće progresivnosti određenog stupnja invaliditeta i to:
- 1) Invaliditet progresija 150% gdje se za svaki stupanj invaliditeta koji prelazi 50% isplaćuje dvostruki iznos (maksimalno pokriće do 150% iznosa osiguranja trajnog invaliditeta)
 - 2) Invaliditet progresija 225% prema tablici progresije
 - 3) Invaliditet progresija 250% premaa tablici progresije
 - 4) Invaliditet progresija 300% gdje se za svaki stupanj invaliditeta između 25% do 50% isplaćuje trostruki iznos, a za svaki stupanj invaliditeta koji prelazi 50% isplaćuje četverostruki iznos naknade (maksimalno pokriće do 300% iznosa osiguranja trajnog invaliditeta).

SMRT USLIJED PROMETNE NEZGODE

Članak 16.

- (1) Smrt uslijed prometne nezgode pokriva osigurani slučaj u kojem osiguranik u svojstvu vozača prometnog vozila, putnika ili pješaka sudjeluje u prometnoj nezgodi.
- U tom slučaju, ako je ugovoren ovaj rizik policom te ako nastupi smrt uslijed prometne nezgode, isplaćuju se oba ugovorena iznosa osiguranja:
- iznos osiguranja za smrt uslijed nezgode i
 - iznos osiguranja za smrt uslijed prometne nezgode.
- Dakle, kada su ugovorena oba rizika, smrt uslijed nezgode i smrt uslijed prometne nezgode, ti rizici ne isključuju jedan drugog.
- (2) Ovaj rizik može se ugovoriti uz individualno osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode, kao i uz kolektivno osiguranje djelatnika od posljedica nesretnog slučaja - nezgode.
- (3) Ako štetni događaj nema obilježja prometne

nezgode, prema Zakonu o osnovama sigurnosti prometa na putevima BiH, osiguravatelj nije u obvezi nadoknaditi štetu za ovaj ugovoreni rizik.

IZNENADNA SMRT

Članak 17.

- (1) Izenadna smrt uslijed bolesti pruža naknadu za smrt uslijed bolesti koje su definirane prema odredbama 10. revizije Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (kratica: MKB-10) (engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10) gdje su navedeni kodovi za bolesti, simptome, abnormalnosti i sl, klasificirano od Svjetske zdravstvene organizacije (engl. WHO) (definirano u Klauzuli za osiguranje iznenadne smrti koja je sastavni dio ovih Općih uvjeta).
- Ovaj rizik može se ugovoriti neovisno o ugovorenom riziku smrti uslijed bolesti.
- (2) Izenadna smrt uslijed bolesti je smrt osiguranika koja nastupi u roku od 24 sata od početka simptoma bolesti kod naoko zdravih ljudi ili onih čije bolest nije teška i nije za očekivati njihovu naglu smrt (definicija prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji - WHO).
- Iznimno od gore navedenog, iznenadna smrt od srčanog infarkta, moždanog udara i aneurizma smatra se smrt osiguranika koja nastupi unutar 30 (trideset) dana od dana prvog dijagnosticiranja navedene bolesti.
- Obveza osiguravatelja za osigurani slučaj iznenadne smrti uslijed bolesti (definirano Klauzulom za osiguranje iznenadne smrti koja je sastavni dio ovih Općih uvjeta) ograničena je na 50% ugovorenog iznosa osiguranja prema polici, ako osiguranik umre tijekom prvih šest mjeseci od početka trajanja osiguranja, tj. tijekom prvih šest mjeseci od isteka dana pristupa u osiguranje novog člana određene grupe osoba (kolektivno osiguranje).
- Ovo ograničenje se ne primjenjuje ako je osiguranik prije početka važenja police bio osiguran bez prekida u trajanju najkraće 6 (šest) mjeseci kod Adriatic osiguranje d.d. ili kod nekog drugog osiguravatelja od istih osiguranih slučajeva.
- Osiguravatelj je dužan isplatiti cijeli iznos osigurane sume za slučaj iznenadne smrti uslijed bolesti ako osiguranik umre tijekom prvih 6 (šest) mjeseci od početka trajanja osiguranja ili pristupanja u osiguranje za vrijeme trudnoće ili porođaja
- (3) U slučaju kada su ugovorena oba rizika, smrt uslijed bolesti i iznenadna smrt uslijed bolesti, ti rizici ne isključuju jedan drugog. Ako je ugovoren taj rizik policom te ako nastupi iznenadna smrt

uslijed bolesti, isplaćuju se oba ugovorena iznosa osiguranja, dakle i iznos za smrt uslijed bolesti i iznos osiguranja za iznenadnu smrt od bolesti.

TEŠKO BOLESNA STANJA

Članak 18.

- (1) Osiguranje teško bolesnih stanja obuhvaća osiguranje naknade za slučaj nastanka teških bolesnih stanja. Teško bolesnim stanjima smatraju se stanja, sukladno međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema kratice MKB-10 (engl. ICD-10). Ovo pokriva se zaključuje prema pripadajućoj Klauzuli za osiguranje teško bolesnih stanja.

PRIJELOM KOSTI

Članak 19.

- (1) Osiguranje prijeloma kosti uslijed nezgode obuhvaća isplatu ugovorene naknade za dokazani prijelom kosti. Isplata za prijelom kosti ne umanjuje pravo naknade za utvrđenu trajnu invalidnost. Osiguranje ne obuhvaća naknadu za napuknuće kosti (fisura, tj. nepotpun prekid kosti). Ugovoreni iznos naknade isplaćuje se samo jednom godišnje tijekom trajanja police osiguranja u ugovorenom iznosu, bez obzira na broj slomljenih kostiju.

SMRT USLIJED BOLESTI

Članak 20.

- (1) Obveza osiguravatelja za osigurani slučaj smrti uslijed bolesti ograničena je na 50% ugovorenog iznosa osiguranja prema polici, ako osiguranik umre tijekom prvih 6 (šest) mjeseci od početka trajanja osiguranja, tj. tijekom prvih 6 (šest) mjeseci od isteka dana pristupa u osiguranje novog člana određene grupe osoba (kolektivno osiguranje). Ovo ograničenje se ne primjenjuje ako je osiguranik prije početka važenja police bio osiguran bez prekida u trajanju najkraće 6 (šest) mjeseci kod Adriatic osiguranje d.d. ili kod nekog drugog osiguravatelja od istih osiguranih slučajeva.
- (2) Osiguravatelj je dužan isplatiti cijeli iznos osigurane sume za slučaj smrti uslijed bolesti ako osiguranik umre tijekom prvih 6 (šest) mjeseci od početka trajanja osiguranja ili pristupanja u osiguranje za vrijeme trudnoće ili porođaja.

DNEVNA NAKNADA ZA PRIVREMENU NESPOSOBNOST ZA RAD (DNEVNA NAKNADA)

Članak 21.

- (1) Ako osigurani slučaj nezgode ima za posljedicu

osiguranikovu privremenu nesposobnost za rad koja se očituje njegovom odsutnosti sa radnog mjesta, a ugovorena je isplata dnevne naknade za privremenu nesposobnost za rad, osiguravatelj isplaćuje osiguranu naknadu u ugovorenoj visini od prvog dana koji slijedi danu kad je istekla karenca iz stava 3. ovog članka pa do posljednjeg dana trajanja radne nesposobnosti, ali najviše do 200 dana, ako nije drugačije ugovoreno.

- (2) Ako je privremena nesposobnost za rad produljena iz bilo kojih zdravstvenih razloga, osiguravatelj je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za vrijeme trajanja bolovanja uzrokovanog isključivo nadoknadivom nezgodom, bez obzira na to je li bilo puno bolovanje ili sa skraćenim radnim vremenom, ali najviše do 200 dana, ako nije drugačije ugovoreno.
- (3) Dnevna naknada ugovara se sa obaveznom karencom (u minimalnom trajanju od 7 (sedam) dana), ili dužem trajanju koje je upisano u policu osiguranja. Osiguravatelj nije u obvezi isplatiti dnevnu naknadu za vrijeme trajanja karence. Moguće je otkupiti obaveznu karencu uz 20% doplatka na premiju.
- (4) Ako nakon liječenja osiguranika kao daljnja posljedica osiguranog slučaja nastupi smrt osiguranika ili trajni invaliditet, osiguravatelj isplaćuje korisniku, odnosno osiguraniku ugovoreni iznos osiguranja predviđen za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu.
- (5) Ako je ugovorena karenca iznad minimalnih 7 (sedam) dana, na iznos premije dnevne naknade odobrava se popust jer osiguravatelj nije u obvezi naknade štete u trajanju ugovorene karence.
 - a) karenca 7 (sedam) dana – obvezna karenca za dnevnu naknadu uslijed nezgode
 - b) karenca 15 (petnaest) dana - premija dnevne naknade se umanjuje za 30%
 - c) karenca 30 (trideset) dana - premija dnevne naknade se umanjuje za 40%
 - d) karenca 45 (četrdeset i pet) dana - premija dnevne naknade se umanjuje za 50%.

DNEVNA NAKNADA ZA BORAVAK U BOLNICI (BOLNIČKA NAKNADA)

Članak 22.

- (1) Ako osigurani slučaj nezgode ima za posljedicu boravak osiguranika u bolnici radi liječenja, a ugovorena je dnevna naknada za boravak u bolnici (bolnička naknada), osiguravatelj isplaćuje ugovorenu naknadu od prvog do zadnjeg dana boravka u bolnici, ali najviše do 365 (tri stotine šezdeset i pet) dana. Ako je ugovorena karenca za

ovaj osigurani slučaj, osiguravatelj nije u obvezi isplatiti bolničku naknadu za vrijeme trajanja karence.

- (2) Karencu je moguće ugovoriti u trajanju od 7, 15, 30 i 45 dana uz umanjeње premije kao kod dnevne naknade članak 21. stavak 4.
- (3) Moguće je otkupiti obveznu karencu od prvih 7 (sedam) dana za dnevnu naknadu za boravak u bolnici uz doplatak na premiju od 20%.
- (4) Bolnička naknada se isplaćuje samo za bolničko liječenje, a ne za ambulantno liječenje. Danom boravka u bolnici smatra se noć provedena u bolnici.
- (5) Ako nakon liječenja osiguranika kao daljnja posljedica osiguranog slučaja nastupi smrt osiguranika ili trajni invaliditet, osiguravatelj isplaćuje korisniku, odnosno osiguraniku ugovoreni iznos osiguranja predviđen za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu bolničku naknadu.

TROŠKOVI LIJEČENJA

Članak 23.

- (1) Ako osigurani slučaj ima za posljedicu narušenje osiguranikova zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć, a ugovorena je i naknada troškova liječenja, osiguravatelj prema predloženim dokazima (original računima) isplaćuje osiguraniku, bez obzira ima li ikakvih drugih posljedica, naknadu svih stvarnih i nužnih troškova liječenja nastalih najduže tijekom godine dana od dana nastanka osiguranog slučaja, a najviše do ugovorenog iznosa osiguranja. U troškove liječenja iz prethodnog stavka spada i nabava umjetnih udova (proteza) i sličnih pomagala, ali samo ako je to potrebno prema ocjeni liječnika. Osiguravatelj nije dužan naknaditi troškove liječenja ako osiguranik ima pravo na besplatno liječenje u zdravstvenim ustanovama.

Osiguravatelj je obvezan naknaditi samo onaj dio troškova liječenja koji je stvarno snosio sam osiguranik, uz uvjet da posjeduje obvezno zdravstveno osiguranje i liječenje se provodi u Bosni i Hercegovini.

Za osobe koje nemaju obvezno zdravstveno osiguranje osiguravatelj priznaje 50% nadoknadivih troškova. Ne postoji obveza osiguravatelja za isplatu naknade troškova liječenja u toplicama i sličnim zdravstvenim ustanovama kao ni za lijekove izvan medicinskih ustanova. Lijekovima izvan medicinskih ustanova smatraju se oni lijekovi koji nisu na pozitivnoj listi Zavoda za zdravstveno osiguranje i reosiguranje F BiH, Fonda zdravstvenog osiguranja RS-a, te Fonda zdravstvenog osiguranja Distrikta Brčko.

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

TROŠKOVI SPAŠAVANJA

Članak 24.

- (1) Kod nastanka osiguranog slučaja nezgode i spašavanja osiguranika helikopterom ili zrakoplovom, osiguravatelj naknađuje samo nužne i dokazane troškove koji su nastali radi spašavanja života osiguranika na nepristupačnim mjestima ili radi pružanja nužne i hitne medicinske pomoći, unutar teritorija Bosne i Hercegovine.
- (2) Troškovi za spašavanje u pravilu se isplaćuju osobi koja dokaže da je snosila te troškove.
- (3) Proširenje teritorijalnog pokrivača izvan teritorija Bosne i Hercegovine ugovara se posebno u polici uz navođenja opsega zemalja proširenja pokrivača kao i zasebnog iznosa osiguranja za ove troškove, uz doplatu premije.

KORISNICI OSIGURANJA

Članak 25.

- (1) Korisnik za slučaj smrti osiguranika utvrđuje se u pravilu policom osiguranja, ali se može odrediti i kasnije.
- (2) Ako nije određen korisnik osiguranja, on se određuje prema odredbama Zakona o nasljeđivanju.
- (3) Ako je korisnik osiguranja maloljetna osoba, iznos osiguranja i naknada isplatit će se sukladno odredbama Obiteljskog zakona.

POSTUPAK VJEŠTAČENJA

Članak 26.

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

OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 27.

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

NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

Članak 28.

- (1) Sporove iz osiguranja sklopljenog prema ovim Uvjetima, stranke će rješavati dogovorom, arbitražom ili sudskim putem.
- (2) U slučaju spora između ugovaratelja osiguranja – osiguranika (korisnika osiguranja) i osiguravatelja, nadležan je stvarno nadležni sud prema mjestu sklapanja ugovora o osiguranju.
- (3) Mjerodavno pravo je pravo BiH.

POSTUPAK IZVANSUDSKOG RJEŠAVANJA SPOROVA

Članak 29.

- (1) Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju zaključenom prema ovim Uvjetima, prvenstveno će sve svoje eventualne sporove sa osiguravateljem, koji proizlaze ili su u vezi sa predmetnim ugovorom o osiguranju, u primjerenom odnosno zakonskom roku, nastojati

riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka osiguravatelja o izvansudskom rješavanju sporova.

- (2) Postupak izvansudskog rješavanja sporova provodi se na sljedeći način:
 - 1) osoba iz stavka 1. ovog članka nezadovoljna odlukom osiguravatelja ima pravo podnošenja prigovora
 - 2) povodom zaprimljenog prigovora, ovlaštena osoba osiguravatelja uvažavajući navode prigovora, ali i sve ostalo što smatra bitnim, još jednom će pregledati cjelokupni odštetni zahtjev sa pripadajućom dokumentacijom, nakon čega će, najkasnije u roku od 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja prigovora, donijeti konačnu izvansudsku odluku u pisanom obliku.

PRIMJENA OSTALIH PROPISA

Članak 30.

- (1) Za reguliranje odnosa, prava i obveza ugovornih stranaka koji nisu regulirani ovim Uvjetima, ugovorom o osiguranju i navedenim sastavnim dijelovima ugovora o osiguranju, kao i svim supotpisanim priložima ugovoru, primjenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obveznim odnosima.

III. POSEBNE ODREDBE KOLEKTIVNO OSIGURANJE OSOBA

NAČIN UGOVARANJA OSIGURANJA

Članak 31.

- (1) Ugovaratelj osiguranja u mogućnosti je zaključiti kolektivno (grupno) osiguranje za određenu grupu osoba, pod uvjetom da ih je osigurano najmanje 4 (četiri), uz mogućnost ugovaranja kolektivnog osiguranja za manje od 4 (četiri) osobe uz plaćanje doplatka u iznosu od 50% na premiju.
- (2) Osobe koje su osigurane kolektivnom (grupnom) policom kao članovi određene grupe osoba uključuju se u potpunu obvezu osiguravatelja, bez obzira na zdravstveno stanje, opću radnu sposobnost te bez plaćanja povišene premije u smislu članka 8. ovih Uvjeta, osim duševno bolesnih osoba i osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti, koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja.
- (3) Ovim osiguranjem nisu obuhvaćeni članovi određene grupe osoba koji daju pismenu izjavu da ne žele biti osigurani.
- (4) Ako se ostvari osigurani slučaj smrti uslijed nezgode za osobe mlađe od 14 (četnaest) godina

ili osobe stariju od 75 (sedamdeset i pet) godina, osiguravatelj je u obvezi nadoknaditi samo 50% iznosa osiguranja na ime osigurnine (naknade štete).

- (5) Dnevna naknada se ugovara sa obveznom karencom u trajanju od 7 (sedam) dana, ako se drugačije ne ugovori i ne naznači u polici osiguranja.
- (6) Ako je ugovoreno dopunsko osiguranje teško bolesnih stanja u slučaju nastupa jednog od teško bolesnih stanja, osiguraniku se isplaćuje ugovoreni iznos osiguranja za teško bolesno stanje prema pripadajućoj važećoj Klauzuli za osiguranje teško bolesnih stanja.
- (7) Ako se pokriće želi ugovoriti samo za vrijeme trajanja radnog vremena, sa uključenim pokrićem za vrijeme dolaska i odlaska sa posla, obračunava se popust od 30%. Ako je pokriće ugovoreno samo za vrijeme obavljanja posla (radno vrijeme) sa uključenim dolaskom i odlaskom sa posla, moguće je ugovoriti isključivo osigurani slučaj smrt uslijed nezgode i trajni invaliditet.

EVIDENCIJA OSIGURANIKA I KONAČAN OBRAČUN

Članak 32.

- (1) Ugovor o kolektivnom (grupnom) osiguranju od posljedica nezgode može se zaključiti sa naznakom i bez naznake imena i prezimena osiguranika.
- (2) Ako je ugovoreno kolektivno osiguranje sa naznakom imena i prezimena osiguranika, osiguranjem su obuhvaćene samo one osobe koje se nalaze na popisu u privitku police osiguranja.
- (3) Ako je ugovoreno kolektivno osiguranje bez naznake imena i prezimena osiguranika, osiguranjem su obuhvaćeni svi registrirani i evidentirani članovi određene grupe osoba, tj. djelatnici pravne osobe, prema njihovoj službenoj evidenciji, ako nije drukčije ugovoreno.
Početno brojno stanje osiguranih osoba jednako je brojnom stanju određene grupe osoba na dan zaključenja police kolektivnog osiguranja. Akontativni obračun premije vrši se sukladno stvarnom broju osiguranih osoba na početnom brojnom stanju.
- (4) Ugovoreno kolektivno osiguranje prema popisu u privitku, ili prema službenoj evidenciji ugovaratelja podrazumijeva da ugovoreni iznosi osiguranja označeni u polici vrijede za sve osobe jednako.
- (5) Ako je ugovoreno da se na kraju godine osiguranja izvrši konačni obračun premije prema prosječnom broju osiguranih osoba (članova, tj. djelatnika), ugovoreni iznosi osiguranja koji su za svakog pojedinog osiguranika označeni u polici, ne

mijenjaju se. U tom slučaju ugovaratelj osiguranja dužan je u roku od 15 (petnaest) dana po isteku svakog mjeseca pismom prijaviti osiguravatelju brojno stanje osiguranih osoba koje je bilo posljednjeg dana proteklog mjeseca.

- (6) Konačni obračun premije radi se na kraju godine, tj. po isteku tekuće godine osiguranja ili ranije (polugodišnje, kvartalno i sl.) ako se tako dogovori i to prema prosječnom brojnom stanju osiguranih osoba (članova, tj. djelatnika). Prosječno brojno stanje osiguranih osoba u toku jedne godine osiguranja ustanovljuje se tako što se zbroje brojna stanja osoba po službenim evidencijama ugovaratelja posljednjeg dana u svakom mjesecu godine osiguranja za koju se vrši obračun premije pa se dobiveni zbroj podijeli sa 12 (dvanaest) ako se konačni obračun radi godišnje.

Ugovaratelj je dužan u roku od 15 (petnaest) dana nakon isteka osiguravateljne godine dostaviti osiguravatelju točne podatke o brojnom stanju svih članova određene grupe osoba na kraju obračunskog razdoblja.

Ako se tom prilikom po konačnom obračunu utvrdi da je prosječan broj osoba veći od broja na dan zaključenja osiguranja navedenog u polici temeljem kojeg se određivala premija osiguranja, ugovaratelj osiguranja je u obvezi platiti razliku u premiji u roku od 30 (trideset) dana po izvršenom konačnom obračunu. Ako je taj broj manji, osiguravatelj je obavezan u istom roku vratiti više naplaćenu premiju, ili umanjiti taj iznos od premije osiguranja za naredno razdoblje.

Ugovaratelj je dužan osiguravatelju staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje osiguravatelj može utvrditi koliko je brojno stanje članova određene grupe osoba.

- (7) Ako osiguranik želi, u osiguranje se mogu uključiti i uži članovi obitelji osiguranog djelatnika, tj. svi članovi njegovog kućanstva, gdje je potrebno priložiti popis osoba koje se želi osigurati, uz naznaku imena i prezimena osiguranika.

PRISTUPANJE/ISTUPANJE IZ GRUPE OSIGURANIH OSOBA

Članak 33.

- (1) Za osobe koje su pristupile određenoj grupi osiguranih osoba nakon početka osiguranja označenog u polici, osiguranje počinje istekom onoga dana kad su pristupile grupi osiguranih osoba.
- (2) Za osobe koje su istupile iz određene grupe osoba, osiguranje prestaje istekom onoga dana kad su istupile iz grupe osiguranih osoba.
- (3) Osiguravatelj nije u obvezi vratiti neiskorišteni dio

premije za člana koji je istupio iz grupe osiguranih osoba.

ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 34.

Sastavni dio ovih Općih uvjeta čini Tablica za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) i pripadajuće Klauzule:

- Klauzula za povećani rizik (20595138/1)
- Klauzula za osiguranje iznenadne smrti (20595138/2)
- Klauzula za osigurani rizik hitnih kirurških intervencija (20595138/3)
- Klauzula naknade za estetske operacije (20595138/4)
- Klauzula naknada za lom kostiju (20595138/5)
- Klauzula za gubitak prtljage (20595138/6)
- Klauzula za osiguranje pirotehničara na poslovima humanitarnog razminiravanja (20595138/7)
- Klauzula trajni invaliditet sa progresijom do 150% (20595138/8)
- Klauzula trajni invaliditet sa progresijom do 225% (20595138/9)
- Klauzula trajni invaliditet sa progresijom do 250% (20595138/10)
- Klauzula trajni invaliditet sa progresijom do 300% (20595138/11)
- Klauzula za osiguranje polaznika škole skijanja, skijanja na vodi, plivanja i ronjenja od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) (20595139)
- Klauzula za obiteljsko osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) (20595140)
- Klauzula za osiguranje članova sportskih klubova od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) (20595142)
- Klauzula za osiguranje predškolske djece, školske djece i studenata od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) (20595143)
- Klauzula za osiguranje osoba za vrijeme službenog putovanja od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) (20595144)
- Klauzula za osiguranje teško bolesnih stanja (20595145)
- Klauzula za obiteljsko osiguranje poznatih klijenata od posljedica nezgode (20595146)
- Klauzula za osiguranje korisnika kredita/ prekoračenja kod financijskih institucija (20595147)

(2) Ugovori o osiguranju zaključeni do trenutka usvajanja ovih Uvjeta se smatraju važećim do

isteka roka trajanja ugovora.

(3) Ovi Uvjeti stupaju na snagu danom donošenja, a u primjeni su od 01. 03. 2021. godine.

Broj: 20595138

**KLAUZULA ZA POVEĆANI RIZIK
(20595138/1)**

Članak 1.

- (1) Ova Klauzula za povećani, tj. anormalni rizik (u daljem tekstu: Klauzula) sastavni je dio ugovora o osiguranju osoba od posljedica nezgode, osim ako su u polici osiguranja ili pripadajućim uvjetima prema načinu osiguranja isključeni iz primjene (npr. Kolektivno, tj. grupno osiguranje).

Članak 2.

- (1) Razlozi radi kojih neka osoba predstavlja povećani rizik navedeni su u članku 8. Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedice nezgode.
- (2) Osobe koje imaju urođene ili stečene tjelesne mane i nedostatke ili bolesti zbog kojih im je opća radna sposobnost umanjena preko 50%, tj. utvrđena im je trajna invalidnost veća od 50%, smatraju se povećanim, tj. anormalnim rizikom.
- (3) Ne smatraju se povećanim, tj. anormalnim rizikom osobe čija je opća radna sposobnost umanjena do 50%.
- (4) Odstupanje od normalne tjelesne težine osigurane osobe, ne smatra se povećanim, tj. anormalnim rizikom.

Članak 3.

- (1) Opća nesposobnost za rad jači je stupanj nesposobnosti u odnosu na profesionalnu nesposobnost za rad te se utvrđuje i postoji kod osiguranika zbog promjena u zdravstvenom stanju, koje se ne mogu otkloniti liječenjem.
- (2) Privremena makar vremenski i duža nesposobnost ne smatra se invalidnošću niti može biti temelj za obračun povećanog rizika prema ovoj Klauzuli.

Članak 4.

- (1) Premija koju treba platiti za povećani rizik određena je ovom Klauzulom koju primjenjuje osiguravatelj na svaki pojedinačni slučaj, tj. policu osiguranja. Ako za neki oblik povećanog rizika nije predviđena premija po ovoj Klauzuli osiguravatelj određuje primjerenu premiju po analogiji sa sličnim ili srodnim bolestima ili stanjima (rizicima).

Članak 5.

- (1) Osobe koja se nalaze na liječenju ne mogu u pravilu zaključiti osiguranje dok se ne završi liječenje, odnosno dok se ne utvrdi konačni trajni postotak invaliditeta. U kojem slučaju se i te osobe mogu osigurati ocjenjuje osiguravatelj.

Članak 6.

- (1) Ako je kod osigurane osobe utvrđena trajna invalidnost (opća radna sposobnost umanjena) od 51% do 75% obračunava se doplatak na premiju u iznosu od 50%.
- (2) Ako je kod osigurane osobe utvrđena trajna invalidnost (opća radna sposobnost umanjena) od 76% do 99% obračunava se doplatak na premiju u iznosu od 75%.
- (3) Ako je kod osigurane osobe utvrđena trajna invalidnost (opća radna sposobnost umanjena) od 100% obračunava se doplatak na premiju u iznosu od 90%.

**KLAUZULA ZA OSIGURANJE IZHENADNE SMRTI
(20595138/2)**

Članak 1.

- (1) Ovom Klausulom za osiguranje Izenadne smrti uslijed bolesti (u daljnjem tekstu: Klausula) utvrđuju se uvjeti osiguranja osoba za slučaj nastupa iznenadne smrti uslijed pojedinih poimenično navedenih bolesti prema šiframa Međunarodne klasifikacije bolesti MKB -10 (u daljnjem tekstu: MKB).
- (2) Ova Klausula sastavni je dio police kojom se ugovara osiguranje osoba od posljedica nezgode.

Članak 2.

- (1) Osigurani slučaj, u smislu ove Klausule, je iznenadna smrt osiguranika koja je nastupila uslijed:
 - 1) akutnog srčanog infarkta (MKB -121)
 - 2) plućne embolije kao posljedice nesretnog slučaja (MKB -126)
 - 3) moždanog udara (MKB I60 -164)
 - 4) aneurizme i disekcije aorte (MKB -171.0)
 - 5) akutnog vrijeda želuca (čira, ulkusa) (MKB - K25)
 - 6) akutne upale crvuljka (slijepog crijeva) (MKB - K35)
 - 7) nepoznatog uzroka i to:
 - porodničke smrti (za vrijeme trudnoće, poroda ili babinja) nespecificirana uzroka (MKB - 095) kao i ostalih nedovoljno definiranih i nepoznatih uzroka mortaliteta (MKB - R96 i R99) te
 - svih oblika anafilaktičkog šoka koji nije posljedica nezgode (MKB - T78).
- (2) Izenadna smrt od bolesti je smrt osiguranika koja nastupi u roku od 24 sata od početka simptoma bolesti kod naoko zdravih ljudi ili onih čija bolest nije teška i nije za očekivati njihovu naglu smrt (definicija prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji - WHO).
- (3) Iznimno od stavka 2. ovog članka, iznenadna smrt od bolesti iz stavka 1. točki 1., 3. i 4. ovog članka (srčani infarkt, moždani udar i aneurizma) smatra se smrt osiguranika koja nastupi unutar 30 (trideset) dana od dana prvog dijagnosticiranja navedene bolesti.

Članak 3.

- (1) Osiguranje po ovoj Klausuli prestaje kada istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navršio 70 godina života te osiguravatelj nije u obvezi nadoknaditi štetu, neovisno o datumu isteka police u kojoj je ovaj rizik ugovoren.

Članak 4.

- (1) Osiguravatelj nema nikakvu obvezu isplate osiguranog iznosa za slučaj iznenadne smrti od bolesti ako:
 - 1) smrt nastupi uslijed bolesti koja se prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) vodi pod šiframa koje nisu nabrojane u stavku 1. članka 2. ove Klausule ili uslijed iznenadne smrti koja je epidemijska ili pandemijska bolest.
 - 2) je osiguraniku u trenutku sklapanja ugovora dijagnosticirana bolest, ili je iz medicinske dokumentacije razvidno da je bolest bila u nastupanju, ili je liječničkom radnom dijagnozom postavljena sumnja na bilo koju bolest koja je pokrivena ovim osiguranjem, uz izuzetak naveden u čl. 5. st. tč. 2.
 - 3) je nastupila kao posljedica kirurškog zahvata koji nije poduzet radi liječenja posljedica nezgode ili kao posljedica benignog ili malignog tumora na bilo kojem dijelu tijela.

Članak 5.

- (1) Osiguravatelj je u obvezi isplatiti korisniku osiguranja 50% policom ugovorenog osiguranog iznosa za slučaj iznenadne smrti uslijed bolesti:
 - 1) ako je osiguranikova iznenadna smrt od bolesti nastupila tijekom prvih 6 (šest) mjeseci trajanja osiguranja
 - 2) za osiguranika kojem su u trenutku sklapanja osiguranja utvrđeni bilo koji simptomi bolesti koja je pokrivena ovim osiguranjem, ali je od te bolesti umro nakon 5 (pet) godina neprekidnog trajanja osiguranja ugovorenog na temelju ove Klausule
 - 3) ako je osiguranikova smrt nastupila nakon prestanka osiguranja po bilo kojoj osnovi, ali je njegova bolest, utvrđena člankom 2. stavkom 1. točkama 1., 2., 3. i 4. ove Klausule, prvi put dijagnosticirana u vrijeme dok je osiguranik bio u osiguranju i ako je od te bolesti nastupila iznenadna smrt osiguranika u roku utvrđenom člankom 2. stavkom 2. i 3. ove Klausule.
 - 4) Ako je osoba starija od 50 godina ili ako iznos osiguranja prelazi 75.000 KM za prethodno navedene osigurane slučajeve, potreban je liječnički pregled.

Članak 6.

- (1) Korisnik osiguranja je dužan:
 - 1) popuniti prijavu i uz nju priložiti u izvorniku vjerodostojne liječničke nalaze, presliku zdravstvenih kartona i sva potrebna izvješća o tijeku liječenja koja odredi osiguravatelj
 - 2) po potrebi posebnom punomoći sukladno odredbama posebnog zakona ovlastiti osiguravatelja za uvid u svu liječničku dokumentaciju koja je pohranjena u odgovarajućim medicinskim ustanovama u kojima se osiguranik do tada liječio te osiguravatelju pružiti sva naknadna objašnjenja i predočiti na uvid odgovarajuće dokaze kako bi se u potpunosti utvrdile okolnosti u svezi sa nastupom iznenadne bolesti.
- (2) Osiguravatelj ima pravo provjere vjerodostojnosti dostavljene liječničke dokumentacije iz stavka 1. ovoga članka.

Članak 7.

- (1) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuje se uz Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode, a ako su u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.

**KLAUZULA ZA OSIGURANI RIZIK HITNIH KIRURŠKIH INTERVENCIJA
(20595138/3)**

Predmet osiguranja

Članak 1.

- (1) Ako je zaključeno osiguranje djelatnika sa cjelodnevnim osiguravateljnim pokrićem sa uključenim rizikom smrti uslijed nezgode i trajnog invaliditeta uslijed nezgode, moguće je zaključiti i pokriće po ovoj Klauzuli.
- (2) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuje se uz važeće Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nezgode, a ako je u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.

Osigurani slučaj kirurških intervencija

Članak 2.

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj hitne kirurške intervencije osiguravatelj je u obvezi nadoknaditi postotak srazmjerno težini izvedene kirurške intervencije, a koji se određuje temeljem Tablica kirurških intervencija navedenih u članku 3. ove Klauzule.
- (2) Postotak iz Tablice primjenjuje se na iznos osiguranja za ovaj osigurani slučaj kirurških intervencija iz police osiguranja.
- (3) Naknada se može isplatiti u slučaju više operacija za vrijeme trajanja jedne godine osiguranja, ali maksimalno do ugovorenog iznosa osiguranja za slučaj hitnih kirurških intervencija koji je upisan u policu osiguranja.
- (4) Ako smrtni slučaj nastupi u roku od 5 (pet) dana od dana izvršenja operacije, a nastupio je kao posljedica operacije, isključuje se obaveza osiguravatelja na isplatu naknade po osiguranom slučaju hitnih kirurških intervencija.

Tablica kirurških intervencija i postotak (%) naknade

Članak 3.

- (1) Osiguravatelju se mora dostaviti adekvatna i potpuna medicinska dokumentacija, iz koje se nesporno može utvrditi da je izvršena i koja je kirurška intervencija izvršena.
- (2) Tablica kirurških intervencija koje se nadoknađuju osiguranjem i pripadajući postotak naknade od ugovorenog iznosa osiguranja, sastavni je dio ove Klauzule.

Korisnik osiguranja

Članak 4.

- (1) Korisnikom za slučaj izvedene kirurške intervencije smatra se osiguranik sam.

- (2) Prava po neprijavljenim osiguranim slučajevima nisu prenosiva na korisnike nakon smrti osiguranika.

Isključenje obveze osiguravatelja

Članak 5.

- (1) Osiguravatelj nije u obvezi nadoknaditi štetu:
 - 1) za sve kirurške intervencije koje nisu posljedica bolesti ili nesretnog slučaja
 - 2) za sve stomatološke intervencije koje nisu posljedica nesretnog slučaja
 - 3) za sve ekscizije izraštaja na koži
 - 4) ako je potreba za kirurškom intervencijom nastala prije stjecanja svojstva osiguranika
 - 5) ako je potreba za kirurškom intervencijom nastala:
 - uslijed namjernog nanošenja ozljeda od strane osiguranika ili korisnika
 - uslijed potresa, ratnih događaja ili terorizma,
 - uslijed upravljanja zračnim letjelicama svih vrsta, plovnim objektima, motorni i drugim vozilima bez propisane važeće dozvole za upravljanje
 - uslijed toga što je ugovaratelj, osiguranik ili korisnik namjerno prouzročio nesretni slučaj
 - pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju krivičnog djela, kao i pri bijegu ili pokušaju bijega poslije takve radnje
 - u tučnjavi ili fizičkom obračunavanju, izuzev dokazanog slučaja samoodbrane
 - uslijed dokazanog utjecaja alkohola i ili narkotičkih sredstava na osiguranika, bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe za nastanak nesretnog slučaja. Smatra se da je nezgoda nastala zbog djelovanja alkohola, ako je u vrijeme nastanka nezgode utvrđena koncentracija alkohola u organizmu osiguranika bila viša od 0,5 g/kg, utvrđena bilo kojom metodom, pri upravljanju prometnim sredstvom, a u ostalim slučajevima više od 1,0 g/kg. Smatra se da je osiguranik pod utjecajem alkohola ako se nakon prometne nezgode odbije podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti, kao i ako se udalji s mjesta prometne nezgode

prije dolaska policije, odnosno ako nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku postaju o prometnoj nezgodi ili ako na drugi način izbjegne alkotestiranje. Smatra se da je nezgoda nastala zbog djelovanja narkotičkih sredstava, ako je u vrijeme nastanka nezgode utvrđeno da osoba ima u tijelu nedozvoljeno ili zabranjeno narkotičko sredstvo. Smatra se da je osiguranik pod utjecajem alkohola i/ili narkotičkih sredstava ako se nakon nezgode odbije podvrgnuti ispitivanju na prisutnost alkohola i/ili narkotičkih sredstava, kao i ako se udalji s mjesta nezgode prije dolaska policije, odnosno ako nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku postaju o nezgodi ili ako na drugi način izbjegne testiranje.

U slučaju izvedene kirurške intervencije, osiguranik, uz prijavu osiguranog slučaja na obrascu osiguravatelja dostavlja i kompletnu medicinsku dokumentaciju iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, kao i svoj liječnički karton iz kojeg se ocjenjuje okolnost da li je prijavljena operacija bila izvjesna u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju.

Članak 6.

(1) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuje se uz Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode, a ako je u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.

Tablica kirurških intervencija i % naknade koji se primjenjuje na iznos osiguranja	
ŽIVČANI (NERVNI) SUSTAV (G) Moždano tkivo 1. Ekscizija lezije moždanog tkiva 2. Ekscizija moždanog tkiva - hemisferektomija, totalna i parcijalna lobektomija 3. Stereotaktična ablacija moždanog tkiva 4. Drenaža lezije moždanog tkiva - evakuacija apscesa ili hematoma moždanog tkiva i drenaža 5. Druge otvorene operacije na moždanom tkivu 6. Operacije na subarahnoidnom prostoru	100%
Moždanice 1. Evakuacija sadržaja i drenaža ekstraduralnog i subduralnog prostora 2. Ekstirpacija lezije moždanice 3. Reparacija dure	100%
Kičmena moždina 1. Ekstirpacija lezije kičmene moždine, parcijalna hordektomija 2. Druge otvorene operacije na kičmenoj moždini	100%

3. Kranijalni nervi 4. Ekstrakranijalna ekstirpacija kranijalnog nerva 5. Ekscizija lezije kranijalnog nerva 6. Reparacija kranijalnog nerva 7. Mikrohiruske operacije presađivanja kranijalnog nerva 8. Intrakranijalna transekcija kranijalnog nerva 9. Dekompresija kranijalnog nerva	100%
Periferni nervi 1. Ekscizija perifernog nerva 2. Destrukcija perifernog nerva 3. Ekstirpacija lezije perifernog nerva 4. Mikrohiruska reparacija perifernog nerva 5. Oslobađanje od uklještenja perifernog nerva 6. Ekscizija simpatičkog nerva - cervikalna, torakalna, lumbalna simpatektomija	30%
ENDOKRINI SISTEM (E) Hipofiza i epifiza 1. Ekscizija hipofize - transektoidna, transfenoidna, transeptalna ili transkranijalna hipofizektomija 2. Druge operacije na hipofizi 3. Operacije na epifizi	100%
Tiroidna i paratiroidna žlijezda 1. Ekscizija tireoidne žlijezde - totalna i subtotalna tiroidektomija, hemitiroidektomija, lobektomija, istmektomija, parcijalna tiroidektomija 2. Ekscizija lezije tiroidne žlijezde 3. Ekscizija paratiroidne žlijezde	40%
4. Ekscizija pljuvačnih žlijezda (kod tumora)	10%
DOJKA (E)	
Dojka 1. Totalna ekscizija dojke - totalna mastektomija	40%
2. Parcijalna mastektomija - kvadrantektomija, ekscizijalezije	20%
3. Druge operacije na dojci	10%
RESPIRATORNI SISTEM (J)	
Larinks, traheja, bronh 1. Ekscizija larinksa - totalna i parcijalna laringektomija, laringofisura i hordektomija glasnih žica 2. Ekstirpacija lezije larinksa - otvorene operacije 3. Rekonstrukcija larinksa - laringotrahealna rekonstrukcija, laringotraheoplastika, implantacija veštačkih glasnih žica 4. Terapeutske endoskopske operacije larinksa 5. Parcijalna ekscizija traheje 6. Rekonstrukcija traheje 7. Otvorene operacije na traheji 8. Otvorene operacije na karini 9. Parcijalna ekstirpacija bronha	100%
Pluća i medijastinum 1. Ekscizija pluća - pneumektomija, bilobektomija, lobektomija, ekscizija plućnog segmenta 3. Otvorena ekstirpacija lezije pluća 4. Druge otvorene operacije na plućima 5. Otvorene operacije medijastinuma - ekscizija lezije, drenaža	100%
ABDOMINALNI ORGANI - DIGESTIVNI TRAKT(K)	
Jetra 1. Parcijalna ekscizija jetre - desna i leva hemihepatektomija, resekcija segmenta jetre 2. Ekstirpacija lezije jetre 3. Reparacija jetre sa otklanjanjem laceracije 4. Druge otvorene operacije jetre	100%

NESRETNI SLUČAJ (NEZGODA)

Pankreas 1. Totalna ekscizija pankreasa - pankreatektomija 2. Parcijalna ekscizija pankreasa - pankreatikoduodenektomija, subtotalna pankreatektomija, ekscizija repa pankreasa 3. Ekstirpacija lezije pankreasa 4. Druge otvorene operacije na pankreasu	60%	Slezena 1. Ekstirpacija slezene - splenektomija 2. Eksplorativna laparatomija	15%
Žučna kesica i žučni putevi 1. Ekscizija žučne kesice - totalna i parcijalna holecistektomija 2. Operacije na žučnim putevima	10%	Hernija (kila) 1. Herniektomija I plastika inguinalnog kanala kod unilateralne kile 2. Plastika trbušnog zida kod pupčane kile 3. Plastika trbušnog zida kod postoperativne kile	10%
3. Druge operacije na žučnoj kesici - zatvaranje fistule, incizija	5%	Slijepo crijevo 1. Ekscizija apendiksa - apendektomija	10%
Želudac 1. Ekscizija želuca - totalna i parcijalna gastrektomija 2. Bypass želudac - duodenum ili želudac - jejunum	90%	SRCE (I) Srčani zalisci 1. Otvorena incizija zalistaka srca - mitralna, aortna, pulmonalna valvotomija 2. Reparacija mitralne, aortne, trikuspidalne i pulmonalne valvule - valvuloplastika, veštački zalisci	100%
3. Operacija ulkusa i zatvaranje perforiranog ulkusa 4. Otvorena ekstirpacija lezije želuca 5. Incizija pilorusa - piloromiotomija, piloroplastika 6. Druge otvorene operacije želuca	70%	Srčane arterije 1. Bypass operacije srčanih arterija 2. Balon dilatacija 3. Ugradnja stenta	100%
Jednjak, uključujući hijatus herniju 1. Ekscizija ezofagusa - ezofagogastrektomija, totalna ekscizija ezofagusa, parcijalna ekscizija ezofagusa 2. Otvorena ekstirpacija lezije ezofagusa 3. Otvorene operacije na ezofagusu 4. Reparacija hernije dijafragme, antirefluks operacije	60%	2. Balon dilatacija 3. Ugradnja stenta 1. Implantacija pacemakera 2. Invazivna kardiološka dijagnostika - koronarografija	30%
5. Parcijalna resekcija jezika 6. Ekscizija ezofagusa - ezofagogastrektomija, totalna ekscizija ezofagusa, parcijalna ekscizija ezofagusa 7. Otvorena ekstirpacija lezije ezofagusa 8. Otvorene operacije na ezofagusu 9. Reparacija hernije dijafragme, antirefluks operacije	50%	ARTERIJE (I) Aorta 1. Bypass segmenta aorte 2. Operacija aneurizme aorte	80%
Tanko crijevo - duodenum, jejunum, ileum 1. Ekscizija duodenuma - gastroduodenektomija, totalna ekscizija duodenuma, parcijalna ekscizija duodenuma 2. Otvorena ekstirpacija lezije duodenuma 3. Operacija ulkusa duodenuma - zatvaranje perforiranog ulkusa 4. Ekscizija jejunuma - totalna i parcijalna jejunektomija 5. Ekstirpacija lezije jejunuma 6. Druge otvorene operacije na jejunumu 7. Ekscizija ileuma - ileektomija 8. Ekstirpacija lezije ileuma 9. Druge otvorene operacije na ileumu	50%	Karotidne, cerebralne arterije, subklavija, bubrežne, visceralne grane aorte 1. Rekonstrukcija karotidne arterije - ekstrakranijalni ili intrakranijalni bypass	70%
Debelo crijevo - kolon, rektum, anus 1. Totalna ekscizija kolona i rektuma - panproktokolektomija 2. Ekscizija kolona - totalna kolektomija, desna hemikolektomija, ekscizija transversalnog kolona, leva hemikolektomija, ekscizija sigmoidnog kolona 3. Ekscizija rektuma - abdiminoperinealna ekscizija, proktektomija, prednja resekcija rektuma, rektosigmoidektomija 4. Ekscizija anusa - ekscizija analnog sfinktera, ekscizija lezije anusa	50%	Karlične i butne arterije 1. Aneurizma karlične arterije i bypass operacije 2. Druge otvorene operacije na karličnoj arteriji 3. Aneurizma butne arterije i bypass operacije 4. Druge otvorene operacije na butnoj arteriji	60%
5. Ekstirpacija lezije kolona 6. Endoskopske operacije na kolonu	40%	VENE(I) Vene 1. Sve otvorene operacije na venama nogu (samo ako je izvršeno njihovo vanenje)	20%
7. Druge otvorene operacije na kolonu 8. Druge operacije rektuma i anusa 9. Operacija rektuma uslijed prolapsa	30%	ŽENSKI GENITALNI ORGANI (N) Materica 1. Abdominalna ekscizija uterusa - hysterokolpektomija, histerektomija 2. Vaginalna ekscizija uterusa - hysterokolpektomija, histerektomija 3. Totalna histerektomija (korpus i cerviks)sa ili bez tuba i ovarija jednog ili oba	20%
1. Operacija hemoroida i perianalne fistule	10%	Histerotomija, miomektomija, ekscizija fibromioma 5. Druge otvorene operacije na uterusu - carski rez	10%
Slezena 1. Ekstirpacija slezene - splenektomija 2. Eksplorativna laparatomija 3. Enteroliza adhezioliza	15%	Jajnik 1. Bilateralna ekscizija adneksa bilateralna salpingektomija, bilateralna salpingooforektomija, bilateralna ooforektomija 2. Unilateralna ekscizija adneksa unilateralna salpingektomija, unilateralna salpingooforektomija, unilateralna ooforektomija 3. Parcijalna ekscizija jajovoda 4. Otvorena okluzija jajovoda 5. Druge otvorene operacije na jajovodu 6. Parcijalna ekscizija jajnika 7. Druge otvorene operacije na jajniku	30%

NESRETNI SLUČAJ (NEZGODA)

Grič materice 1. Ekscizija cerviksa uterusa 2. Destrukcija lezije cerviksa 3. Druge operacije na cerviksu uterusa	10%	2. Ekscizija kosti lica 3. Operacije kod frakture maksile ili drugih kostiju lica 4. Druge operacije na kostima lica - osteotomija, fiksacija kostiju	30%
MUŠKI SPOLNI ORGANI (N)		Zglob koljena 1. Zamjena zgloba koljena protezom	50%
Testis 1. Ekscizija testisa - bilateralna i unilateralna orhidektomija 2. Ekstirpacija lezije testisa 3. Operacija hidrocele i varikocele 4. Druge operacije na testisu 5. Operacije na epididimisu	15%	2. Artroskopsko vađenje meniskusa iz koljena 3. Artrotomija (otvaranje zgloba) koljena	30%
URINARNI SISTEM (N)		Zglobovi 1. Artrotomija (otvaranje zgloba) ostalih zglobova gornjih i donjih ekstermiteta	30%
Bubreg 1. Totalna ekscizija bubrega - bilateralna i unilateralna nefrektomija, ekscizija odbačenog transplantata, nefroureterektomija 2. Parcijalna ekscizija bubrega 3. Otvorena ekstirpacija lezije bubrega 4. Druge otvorene operacije na bubregu	40%	Vilična kost 1. Ekscizija mandibule 2. Druge operacije na mandibuli - kod frakture, fiksacija 3. Rekonstrukcija temporomandibularnog zgloba 4. Druge operacije na temporomandibularnom zglobu	15%
Ureter 1. Ekscizija uretera - ureterektomija 2. Druge otvorene operacije na ureteru 3. Endoskopsko uklanjanje kalkulusa iz uretera	40%	Kosti 1. Ekscizija kosti 2. Ekstirpacija lezije kosti 3. Druge operacije na kostima 4. Otvorene operacije kod frakture kostiju 5. Zatvorene operacije kod frakture kostiju 6. Ekstrakcija (vanenje) osteosintetičkog materijala 7. Fiksacija epifize, interna i eksterna fiksacija kosti	10%
Bešika 1. Totalna ekscizija bešike - cistoprostatektomija, cistouretrektomija, cistektomija 2. Parcijalna ekscizija bešike 3. Terapeutske endoskopske operacije na bešici	30%	OKO (H)	
Prostata 1. Otvorena ekscizija prostate - retropubična, transvezikalna, perinealna 2. Terapeutske endoskopske operacije na prostati 3. Ekscizija pilodinalnog sinusa	10%	Sočivo 1. Ekstrakcija sočiva - ekstrakapsularna ili intrakapsularna ekstrakcija, incizija kapsule 2. Veštačko sočivo	10%
KOSTI I ZGLOBOVI (M)	30%	Mrežnjača 1. Operacije na retini	30%
Kosti i zglobovi kičmenog stuba 1. Dekompresija - cervikalni, torakalni lumbalni kičmeni stub 2. Ekstirpacija (vanenje) cervikalnog, torakalnog ili lumbalnog intervertebralnog diskusa 3. Fuzija zglobova kičmenog stuba 4. Korekcija deformiteta kičmenog stuba 5. Ekstirpacija lezije kičmenog stuba 6. Fraktura kičmenog stuba - dekompresija, fiksacija 7. Druge operacije na kičmenom stubu	60%	GRLO I NOS 1. Laringomikroskopija, eksploracija, ekscizija polipa 2. Ekstirpacija krajnika	10%
Kompleksna rekonstrukcija šake i stopala 1. Kompleksna rekonstrukcija palca šake 2. Kompleksna rekonstrukcija šake 3. Kompleksna rekonstrukcija stopala 4. Transplantacija, tetiva prstiju šake, 5. Amputacija šaka, podlaktica, nadlaktica stopala, potkoljenica i nadkoljenica 6. Osteosinteza (spajanje kostiju), kod prijeloma, metalnim osteosintetičkim materijalom 7. Eksterna fiksacija kostiju kod prijeloma 8. Amputacija prsta šake, stopala.	60%	UHO (H)	
Zglob kuka 1. Zamjena zgloba kuka protezom 2. Parcijalna zamena zgloba kuka protezom	40%	Srednje i unutrašnje uho 1. Timpanoplastika 2. Rekonstrukcija lanca slušnih kostiju 3. Operacije na kohlei 4. Operacije na vestibularnom aparatu	30%
Kosti lobanje i lica 1. Operacije na kranijumu	80%		

**NAKNADA ZA ESTETSKE OPERACIJE USLIJED NEZGODE
(20595138/4)**

- (1) Osiguravatelj se obvezuje korisniku osiguranja isplatiti naknadu za estetsku operaciju osiguranika, ako se uslijed nesretnog slučaja (nezgode) površina tijela osiguranika ošteti ili izobličiti na način da je po završetku liječenja vanjski izgled osiguranika time trajno naružen te ako se osiguranik odluči za operaciji u svrhu otklanjanja tog nedostatka.
- (2) Osiguravatelj je obvezan isplatiti stvarno učinjene troškove liječenja (operacije), lijekova, zavojnog materijala i ostalih sredstava koje propiše liječnik u svezi sa operacijom i kliničkim liječenjem te troškove smještaja i prehrane u bolnici do maksimalnog iznosa od 5.000 KM.
- (3) Operacija i kliničko liječenje moraju biti obavljene do isteka 3. godine od dana nastanka nesretnog slučaja. Isključeni su troškovi prehrambenih namirnica i osvježavajućih sredstava (sokovi, kava i sl.), boravci u kupkama ili oporavilištima te bolesničke njege, osim ako je angažman profesionalnih njegovatelja propisan od strane liječnika.
- (4) Osiguravatelj nije u obvezi isplatiti naknadu sa osnove estetske operacije osiguranika, ako uzrok trajnog naruženja vanjskog izgleda ne proizlazi iz osiguranog slučaja nezgode, ili ako ih snosi ZZO ili drugi nositelj zdravstvenog osiguranja.
- (5) Trošak za estetske operacije uslijed nezgode može iznositi najviše 50% iznosa osiguranja smrti uslijed nezgode.
- (6) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuje se uz Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode, a ako je u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula

**NAKNADA ZA LOM KOSTIJU
(20595138/5)**

- (1) Osiguravatelj se obvezuje korisniku osiguranja isplatiti jednokratno naknadu do punog ugovorenog iznosa osiguranja u polici za LOM KOSTIJU, neovisno o broju i vrsti slomljenih kostiju osim ako nije nastupila smrt osiguranika.
- (2) Isplata za prijelom kosti ne umanjuje pravo naknade za utvrđenu trajnu invalidnost ili ostala pokrića po polici. Isplatom ugovorenog iznosa po jednom štetnom događaju loma kostiju, prestaje pokriće za taj rizik po polici u toj godini osiguranja.
- (3) U slučaju da je ugovoreno višegodišnje osiguranje, isplaćuje se naknada za lom kostiju svake godine samo jedanput do ugovorenog iznosa, sa napomenom da se za svaku godinu osiguranja izdaje obračunska godišnja polica.
- (4) Osiguranje ne obuhvata naknadu štete:
 - 1) za napuknuće kosti (fisura, tj. nepotpun prekid kosti)
 - 2) loma kostiju uslijed poremećaja u građi (čvrstoći) kostiju ili zbog patoloških prijeloma.
- (5) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuje se uz Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode, a ako su u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.

**KLAUZULA ZA GUBITAK PRTLJAGE
(20595138/6)**

- 1) Opseg obveze za prtljagu
- Ako se u polici osiguranja dodatno ugovori i plati doplatna premija osiguranje po polici proširuje se i:
1. za slučaj trajnog gubitka prtljage u zrakoplovnom prijevozu, gdje će osiguravatelj mimo nadoknade zrakoplovne tvrtke za trajno izgublenu prtljagu, osiguraniku nadoknaditi iznos u visini od 30 KM po kilogramu težine trajno izgubljene prtljage, ali najviše do 750 KM. Smatra se da je prtljaga trajno izgubljena ako se ne preda putniku (osiguraniku) u roku od 21 dana od dana završetka putovanja, tj. dolaska u odredište.
 2. za slučaj kašnjenja prtljage na odredište za više od 6 (šest) sati od završetka zrakoplovnog leta neovisno o eventualnoj nadoknadi koju će korisnik dobiti od zrakoplovne tvrtke, osiguravatelj će isplatiti iznos za nabavku nužnih potrepština radi nastavka putovanja i obavljanje poslova, tj. aktivnosti zbog kojih je putovanje započelo i to jednokratno u iznosu od 150 KM.
- 2) U polici osiguranja obvezno se navodi ukupni broj letova godišnje za koje se nadoknađuje šteta, a ako ono u polici nije navedeno, pokriće po polici osiguranja vrijedi za najviše 5 (pet) letova godišnje za osigurane osobe koje putuju zrakoplovima.
- 3) Za sve navedene slučajeve osiguranja, osiguranik mora pribaviti dokaze iz kojih će biti nedvojbeno vidljivo njegovo pravo na nadoknadu troškova, tj. štete uslijed gubitka prtljage i to potvrdu zrakoplovne tvrtke o događaju (vremenu kašnjenja prtljage, trajnom gubitku prtljage kao i težini prtljage) i originalne račune za nabavku nužnih potrepština u odredištu, tj. mjestu kašnjenja prtljage.
- 4) Ako osiguranik ugovori prošireno pokriće za naknadu troškova uslijed gubitka ili kašnjenja prtljage u avionskom prijevozu, iznos osiguranja po štetnom događaju određen je u stavku 1. ove Klauzule. Za osiguranike do 5 puta (letova) godišnje agregatni limit je dvostruki iznos osiguranja po štetnom događaju. Za osiguranike do 10 puta (letova) godišnje, agregatni limit je trostruki iznos osiguranja po štetnom događaju.
- 5) Ako osiguranik želi proširenje pokrića za naknadu troškova uslijed gubitka ili kašnjenja prtljage u avionskom prijevozu naplaćuje se doplatak u fiksnom iznosu:
- od 50 KM po osiguraniku - za isplatu naknade do 5 puta (letova) godišnje po osiguraniku
 - od 100 KM po osiguraniku - za isplatu naknade do 10 puta (letova) godišnje po osiguraniku.
- 6) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuje se uz Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode, a ako su u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.

KLAUZULA ZA OSIGURANJE PIROTEHNIČARA NA POSLOVIMA HUMANITARNOG RAZMINIRANJA (20595138/7)

- (1) Poslovima humanitarnog razminiranja, u smislu ove Klauzule, ne smatraju se poslovi onesposobljavanja ili uništavanja pronađenih minsko-eksplozivnih sredstava (u daljnjem tekstu: MES) kada se radi o hitnim intervencijama koje su vezane za sigurnost ljudi, na područjima i/ili građevinama koje nisu minski sumnjive sukladno odredbama Zakona o deminiranju u Bosni i Hercegovini.
- (2) Poslovima humanitarnog razminiranja ne smatraju se poslovi pretraživanja i razminiranja na moru, rijekama, jezerima i drugim podvodnim područjima.
- (3) Poslove humanitarnog razminiranja u ovlaštenoj pravnoj osobi i kod obrtnika mogu, na temelju ugovora o radu, obavljati osobe koje imaju ovlast i iskaznicu humanitarnog razminiranja.
- (4) Pirotehničari se smatraju osiguranima tijekom radnog vremena, na poslovima neposrednog razminiranja u minskom polju, poslovima pretraživanja ili poslovima tehničkog izvida, gdje mogu provesti najviše 5 (pet) sati u tijeku jednog radnog dana.
- (5) Ovlaštene pravne osobe, obrtnici i druge ovlaštene institucije dužni su za vrijeme obavljanja poslova razminiranja, pretraživanja i tehničkog izvida uz radilište osigurati nazočnost medicinskog tehničara, liječnika i vozilo hitne medicinske pomoći sa vozačem i propisanom medicinskom opremom na način da se nužna hitna medicinska pomoć može pružiti stradalniku u najkraćem mogućem roku.
- (6) U poslovima humanitarnog razminiranja može se rabiti samo oprema koja je certificirana u skladu sa posebnim propisima ili normativnim dokumentima. Certifikat i potvrdu o sukladnosti izdaju akreditirani laboratoriji/centri.
- (7) Pirotehničari prilikom obavljanja poslova tehničkog izvida, pretraživanja i razminiranja moraju nositi osobnu zaštitnu opremu koja se sastoji od:
- 1) zaštitnog prsluka sa štitnikom za prepone
 - 2) zaštitne kacige sa viziorom
 - 3) antifona, samo prilikom uništavanja MES-a i NUS-a (neeksplozivna ubojita sredstva)
 - 4) zaštitnog odijela, ovisno o stupnju opasnosti.
- (8) Pirotehničari i pomoćni djelatnici koji obavljaju poslove vodiča pasa ili rukovatelja stroja za humanitarno razminiranje (osim u zaštićenom stroju za razminiranje) moraju nositi osobnu zaštitnu opremu koja se sastoji od:
- 1) zaštitnog prsluka sa štitnikom za prepone
 - 2) zaštitne kacige sa viziorom.
- (9) Osiguranici, odnosno korisnici osiguranja iz stavka 1. ovoga članka mogu biti samo pirotehničari, pomoćni djelatnici, pirotehnički nadzornici te njihovi zakonski zastupnici.
- (10) U slučaju neslaganja odredbi ove Klauzule sa drugim pripadajućim Uvjetima uz policu osiguranja, primjenjivati će se odredbe ove Klauzule.

TRAJNI INVALIDITET S PROGRESIJOM DO 150%
(20595138/8)

Ovom klauzulom ugovara se naknada štete sa progresijom za utvrđeni trajni invaliditet uz najviši iznos naknade od 150% iznosa osiguranja za trajni invaliditet, sve prema tablici u nastavku.

Na invalidnosti ispod 51% ne primjenjuje se progresija.

Doplatak za progresivnu invalidnost 150% iznosi 20% na premiju trajnog invaliditeta (prema Tablici doplatka za progresivnu invalidnost).

Invaliditet progresija 150% - za svaki stupanj invaliditeta koji prelazi 50% isplaćuje se dvostruki iznos (maksimalno pokriće do 150% iznosa osiguranja trajnog invaliditeta).

Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET
51	52	68	86	85	120
52	54	69	88	86	122
53	56	70	90	87	124
54	58	71	92	88	126
55	60	72	94	89	128
56	62	73	96	90	130
57	64	74	98	91	132
58	66	75	100	92	134
59	68	76	102	93	136
60	70	77	104	94	138
61	72	78	106	95	140
62	74	79	108	96	142
63	76	80	110	97	144
64	78	81	112	98	146
65	80	82	114	99	148
66	82	83	116	100	150
67	84	84	118		

**TRAJNI INVALIDITET S PROGRESIJOM DO 225%
(20595138/9)**

Ovom klauzulom ugovara se naknada štete sa progresijom za utvrđeni trajni invaliditet uz najviši iznos naknade 225% iznosa osiguranja za trajni invaliditet, sve prema tablici u nastavku.

Na invalidnosti ispod 26% ne primjenjuje se progresija.

Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET
%	%	%	%	%	%	%	%
26	27	45	65	64	117	83	174
27	29	46	67	65	120	84	177
28	31	47	69	66	123	85	180
29	33	48	71	67	126	86	183
30	35	49	73	68	129	87	186
31	37	50	75	69	132	88	189
32	39	51	78	70	135	89	192
33	41	52	81	71	138	90	195
34	43	53	84	72	141	91	198
35	45	54	87	73	144	92	201
36	47	55	90	74	147	93	204
37	49	56	93	75	150	94	207
38	51	57	96	76	153	95	210
39	53	58	99	77	156	96	213
40	55	59	102	78	159	97	216
41	57	60	105	79	162	98	219
42	59	61	108	80	165	99	222
43	61	62	111	81	168	100	225
44	63	63	114	82	171		

**TRAJNI INVALIDITET S PROGRESIJOM DO 250%
(20595138/10)**

Ovom klauzulom ugovara se naknada štete sa progresijom za utvrđeni trajni invaliditet uz najviši iznos naknade od 250% iznosa osiguranja za trajni invaliditet, sve prema tablici u nastavku.

Na invalidnosti ispod 26% ne primjenjuje se progresija.

Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET
26	27	41	57	56	93	71	138	86	194
27	29	42	59	57	96	72	14	87	198
28	31	43	61	58	99	73	144	88	202
29	33	44	63	59	102	74	147	89	206
30	35	45	65	60	105	75	150	90	210
31	37	46	67	61	108	76	154	91	214
32	39	47	69	62	111	77	158	92	218
33	41	48	71	63	114	78	162	93	222
34	43	49	73	64	117	79	166	94	226
35	45	50	75	65	120	80	170	95	230
36	47	51	78	66	123	81	174	96	234
37	49	52	81	67	126	82	178	97	238
38	51	53	84	68	129	83	182	98	242
39	53	54	87	69	132	84	186	99	246
40	55	55	90	70	135	85	190	100	250

**TRAJNI INVALIDITET S PROGRESIJOM DO 300%
(20595138/11)**

Ovom klauzulom ugovara se naknada štete sa progresijom za utvrđeni trajni invaliditet uz najviši iznos naknade od 300% iznosa osiguranja za trajni invaliditet, sve prema tablici u nastavku.

Na invalidnosti ispod 26% ne primjenjuje se progresija.

Invaliditet progresija 300% - za svaki stupanj invaliditeta između 25% do 50% isplaćuje se trostruki iznos, a za svaki stupanj invaliditeta koji prelazi 50% isplaćuje se četverostruki iznos naknade (maksimalno pokriće do 300% iznosa osiguranja trajnog invaliditeta).

Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET	Trajni invaliditet	Iznos naknade od iznosa osiguranja TRAJNI INVALIDITET
26	28	41	73	56	124	71	184	86	244
27	31	42	76	57	128	72	188	87	248
28	34	43	79	58	132	73	192	88	252
29	37	44	82	59	136	74	196	89	256
30	40	45	85	60	140	75	200	90	260
31	43	46	88	61	144	76	204	91	264
32	46	47	91	62	148	77	208	92	268
33	49	48	94	63	152	78	212	93	272
34	52	49	97	64	156	79	216	94	276
35	55	50	100	65	160	80	220	95	280
36	58	51	104	66	164	81	224	96	284
37	61	52	108	67	168	82	228	97	288
38	64	53	112	68	172	83	232	98	292
39	67	54	116	69	176	84	236	99	296
40	70	55	120	70	180	85	240	100	300

**KLAUZULA ZA OSIGURANJE POLAZNIKA ŠKOLE SKIJANJA, SKIJANJA NA VODI, PLIVANJA I RONJENJE
OD POSLJEDICA NESRETNOG SLUČAJA (NEZGODE)
(20595139)**

Predmet osiguranja

Članak 1.

- (1) Osobe koje se osiguravaju po ovoj Klauzuli osigurane su bez obzira na njihovo zdravstveno stanje, opću radnu sposobnost i godine života kao i bez plaćanja povišene premije u smislu članka 8. stavka 2. točke 4. Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode, osim osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja.
- (2) Ugovaratelj u smislu ove Klauzule može biti sportsko društvo, škola ili druga organizacija.

Opseg osiguravateljeve obveze

Članak 2.

- (1) Osiguravatelj je u obavezi ako nesretni slučaj (smrt uslijed nesretnog slučaja - nezgode ili trajni invaliditet uslijed nesretnog slučaja - nezgode) nastane pri obavljanju aktivnosti tečaja:
 - 1) ako su osigurani svi polaznici škole koja ima ovlaštenog instruktora koji podučava polaznike
 - 2) osiguranje vrijedi samo za vrijeme obavljanja aktivnosti tečaja, za osobe prema popisu polaznika ili prema službenoj evidenciji polaznika.

Obveza osiguravatelja kada je osiguranik mlađi

od 14 ili stariji od 75 godina

Članak 3.

- (1) Ako uslijed nesretnog slučaja nastupi smrt osiguranika mlađeg od 14 godina, osiguravatelj je u obavezi isplatiti na ime pogrebnih troškova 50% osigurane svote za slučaj smrti.
- (2) Ako je osiguranik kojeg je zadesio nesretni slučaj stariji od 75 godina, osiguravatelj je u obavezi isplatiti samo 50% od iznosa koji bi inače trebalo isplatiti.

Prijava nesretnog slučaja

Članak 4.

- (1) Ugovaratelj osiguranja je dužan osiguravatelju prijaviti svaki nesretni slučaj koji se dogodi osiguraniku u roku koji je predviđen člankom 12.

Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nezgode i pružiti sva potrebna obavještenja za utvrđivanje postojanja i visine njegove obveze.

Završne odredbe

Članak 5.

- (1) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuje se uz važeće Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nezgode, a ako su u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.

**KLAUZULA ZA OBITELJSKO OSIGURANJE OD POSLJEDICA NESRETNOG SLUČAJA
(20595140)**

Predmet osiguranja	Trajanje osiguranja
<p>Članak 1.</p>	<p>Članak 3.</p>
<p>(1) Kućanstvom se smatra svaka obitelj ili druga zajednica života, privređivanja i trošenja ostvarenoga ukupnog dohotka svih članova kućanstva (obitelji) za podmirivanje osnovnih životnih potreba (stanovanje, hrana i drugo), bez obzira na stupanj srodstva.</p> <p>(2) Članovi kućanstva koji su osigurani moraju biti posebno navedeni u polici osiguranja ili njenom privitku, ako nisu, osiguravatelj smatra da osiguranje nije zaključeno za više od 6 (šest) članova kućanstva, tj. osiguranih osoba, te nije u obvezi isplatiti osigurninu za veći broj osoba.</p> <p>(3) Članovi kućanstva koji privremeno stanuju u drugom mjestu, ali samo unutar granica Bosne i Hercegovine (djeca na školovanju, osobe na privremenom radu i slično) mogu se osigurati kao članovi kućanstva te se smatraju pokrivenima bez nadoplate premije ili posebnog ugovaranja u polici.</p> <p>(4) Svi članovi kućanstva imaju iste iznose osiguranja za pojedine ugovorene osigurane slučajeve u polici osiguranja.</p> <p>(5) Po ovoj Klauzuli pored obaveznih rizika smrt uslijed nezgode i trajni invaliditet, mogu se ugovoriti i dodatni rizici: smrt uslijed bolesti, bolnička naknada, prijelom kosti prema Klauzuli naknada za lom kosti, te trošak estetske operacije definiran Klauzulom naknade za estetske operacije uslijed nezgode koji može iznositi najviše 50% iznosa osiguranja za slučaj smrti uslijed nesretnog slučaja - nezgode.</p> <p>(6) Za svako kućanstvo se izdaje zasebna polica osiguranja.</p> <p>(7) Klauzule za ugovorene rizike su sastavni dio Ugovora o osiguranju.</p>	<p>(1) Za osobu koja postane članom kućanstva nakon početka osiguranja označenog u polici, osiguranje počinje istekom onoga dana kad je osiguravatelj primio pismenu obavijest o pristupanju u osiguranje novog člana ako je do tada plaćena doplatna premija za novog člana. Ako doplatna premija nije plaćena, a osiguravatelj je primio pismenu obavijest o pristupanju novog člana, obveza osiguravatelja počinje istekom dana kada je plaćena dodatna premija za novog člana kućanstva.</p> <p>(2) Za svakoga novoprimljenog člana kućanstva izdaje se nova zasebna polica osiguranja čiji je istek identičan polici osiguranja ostalih članova kućanstva na koju se ona nadovezuje, a premija se izračunava prema načelu pro rata temporis, odnosno razmjerno proteku vremena.</p> <p>(3) Za osobu koja je tijekom trajanja osiguranja prestala biti članom kućanstva, osiguranje je na snazi do isteka važenja tekuće police osiguranja, ako je za tog člana uredno plaćena premija osiguranja i ako se osigurani slučaj dogodi unutar teritorija Bosne i Hercegovine.</p> <p>(4) Osiguravatelj je u obvezi vratiti neiskorišteni dio premije za člana koji je istupio iz grupe osiguranih osoba po principu pro rata temporis.</p>
<p>Sposobnost za osiguranje</p>	<p>Opseg obveze osiguravatelja</p>
<p>Članak 2.</p>	<p>Članak 4.</p>
<p>(1) Osobe koje su osigurane policom za osiguranje članova kućanstva uključuju se u potpunu obvezu osiguravatelja, bez obzira na zdravstveno stanje, opću radnu sposobnost te bez plaćanja povišene premije u smislu članka 8. stavka 2. točke 4. Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nezgode, osim duševno bolesnih osoba i osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti, koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja.</p>	<p>(1) Ako se ostvari osigurani slučaj smrti uslijed nezgode za osobu mlađu od 14 godina ili stariju od 75 godina, osiguravatelj je u obvezi nadoknaditi samo 50% iznosa osiguranja na ime osigurnine (naknade štete).</p>
	<p>Završne odredbe</p>
	<p>Članak 5.</p>
	<p>(1) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuju se uz važeće Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nezgode, a ako su u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.</p>

**KLAUZULA ZA OSIGURANJE OSOBA ZA VRIJEME UPRAVLJANJA I VOŽNJE PLOVILIMA OD
POSljedICA NESRETNOG SLUČAJA (NEZGODE)
(20595141)**

Predmet osiguranja

Članak 1.

- (1) Osobe (zapovjednik, putnik i član posade) koje su osigurane policom za vrijeme upravljanja i vožnje plovilom uključuju se u potpunu obvezu osiguravatelja bez obzira na zdravstveno stanje, opću radnu sposobnost te bez plaćanja povišene premije u smislu članka 8. stavka 2. točke 4. Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nezgode, osim duševno bolesnih osoba i osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti, koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja.
- (2) Ugovaratelj može biti svaka pravna ili fizička osoba koja je vlasnik pomorskog ili riječnog/jezerskog plovila ili kojoj je plovilo dano na uporabu, uključivši i plovila koja ne moraju biti upisana u očevidnik plovila.
- (3) Ugovor o osiguranju zaključuje se, u pravilu, bez naznake imena osiguranika. Ako je ugovoreno osiguranje bez naznake imena osiguranika, osigurane su one osobe koje su u polici označene kao zapovjednik, član posade i osobe koje se prevoze plovilom.
Iznimno, ako se ugovori osiguranje sa naznakom imena osiguranika, osigurane su samo one osobe koje su u polici pojedinačno navedene.

Opseg obveze osiguravatelja

Članak 2.

- (1) Osiguranje je vezano za upravljanje ili vožnju onom vrstom plovila čiji su podaci i identifikacijske oznake (registarska oznaka ili broj trupa) navedeni u polici osiguranja.
- (2) Svaka promjena brojnog stanja osoba u popisu provodi se izdavanjem nove police obračunavanjem premije prema načelu pro rata temporis, odnosno razmjerno proteku vremena.
- (3) Osiguravatelj je u obvezi isključivo za osigurani slučaj koji nastupi na samom plovilu ili je njegov nastup započeo na samom plovilu i to osobe koje se prevoze plovilom.
- (4) Ako broj osoba na plovilu bude veći od broja osoba označenih u polici, osigurani iznosi smanjuju se razmjerno broju osoba koje su bile na plovilu u trenutku nastanka osiguranog slučaja prema broju osoba naznačenih u polici.

Isključenje obveze osiguravatelja

Članak 3.

- (1) Osiguravatelj nije u obvezi ako nesretni slučaj nastane:
 - 1) pri ukrcaju na plovilo, za vrijeme plovidbe pri ukrcaju ili iskrcaju sa plovila te neposredno poslije završetka plovidbe pri iskrcaju iz plovila kao i izvan plovila
 - 2) prijevozom osobe na mjestu koje na plovilu nije predviđeno kao mjesto na kojem se osoba za vrijeme plovidbe može prevoziti odnosno nalaziti
 - 3) za vrijeme plovidbe bez znanja odnosno odobrenja vlasnika plovila (uporaba plovila suprotno ugovoru o zakupu - čarter plovila, nedopuštena posluga, krađa ili drugom protupravnom posjedu plovila
 - 4) za vrijeme uporabe plovila za vuču skija, balona, padobrana, zmaja i drugih naprava koje se mogu rabiti uz plovilo kao pogonsku jedinicu za te naprave
 - 5) zbog skakanja u vodu s plovila, ronjenja ili plivanja
 - 6) za vrijeme održavanja regata ili drugih oblika sportskih natjecanja kao i prigodom vježbi za takve priredbe, vožnjama za postizanje rekorda, ako se posebno ne ugovori takav rizik.

Završne odredbe

Članak 4.

- (1) Osigurani rizici po ovoj Klauzuli su: smrt uslijed nesretnog slučaja - nezgode, trani invaliditet uslijed nesretnog slučaja - nezgode i dnevna naknada uslijed nesretnog slučaja - nezgode. Moguće je ugovoriti i progresivnu invalidnost 150% uz doplatak prema pripadajućoj Klauzuli.
- (2) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuju se uz važeće Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nezgode, a ako su u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.

**KLAUZULA ZA OSIGURANJE ČLANOVA SPORTSKIH KLUBOVA
OD POSLJEDICA NESRETNOG SLUČAJA (NEZGODE)
(20595142)**

Predmet osiguranja

Članak 1.

- (1) Osiguranim osobama smatraju se svi članovi sportskih klubova i organizacija, bez obzira na zdravstveno stanje, opću radnu sposobnost te bez plaćanja povišene premije u smislu članka 8. stavka 2. točke 4. Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nezgode, osim duševno bolesnih osoba i osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti, koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja.
- (2) Ugovaratelj može biti sportski klub ili druga sportska organizacija u svojstvu pravne osobe ili bilo koja fizička osoba koja ima interes zaključiti ovu vrstu osiguranja.

Opseg osigurateljve obveze

Članak 2.

- (1) Po ovoj Klauzuli mogu se ugovoriti sljedeći rizici:
Za amatere i profesionalce u sportu isključivo tijekom sportske aktivnosti:
 - smrt uslijed nezgode
 - trajni invaliditet 100%
 - dnevna naknada zbog nezgode
 - bolnička naknada.
 Za natjecatelje (za vrijeme natjecanja odnosno utrke) mogu se ugovoriti sljedeći rizici:
 - smrt uslijed nezgode
 - trajni invaliditet 100%
 - bolnička naknada.
- (2) Osiguratelj je u obvezi, ako nije drugačije ugovoreno i naznačeno u polici osiguranja, samo ako osigurani slučaj nastane:
 - 1) pri trajanju i sportskoj djelatnosti osiguranika (trening ili natjecanje) u onoj vrsti sporta koja je u polici izričito navedena i u svim drugim vrstama koje prema rasporedu sportova u cjeniku premija osiguravatelja spadaju u isti ili niži razred rizika od sporta koji je naveden u polici
 - 2) za vrijeme dok se osiguranik nalazi na izravnom (neprekidnom) putu i izvan sjedišta sportske organizacije čiji je član i to od kuće do određenog vježbališta ili mjesta određenog za sportsko natjecanje i na povratku kući
 - 3) pri obavljanju određenih dužnosti po nalogu Uprave sportskog društva i to: sudjelovanje na sportskim sastancima, konferencijama, nabavki sportskih rekvizita i sl., kao i za vrijeme dok se

nalazi na putu radi obavljanja ovih poslova unutar teritorija Europe.

- (3) Osiguratelj je u obvezi nadoknaditi štetu nastalu osiguranim slučajem i izvan obavljanja sportske djelatnosti prema stavku 1. ovog članka, ako je plaćena odgovarajuća uvećana premija.

Ograničenje osigurateljve obveze

Članak 3.

- (1) Ako osigurani slučaj nastane pri sportskoj aktivnosti osiguranika u onoj vrsti sporta koja nije u polici izričito navedena, a koja spada prema rasporedu sportova u Cjeniku premija osiguravatelja u viši razred rizika od sporta koji je naveden u polici osiguranja, osiguratelj je obvezan isplatiti umanjeni iznos osiguranja koji odgovara omjeru između premije koji bi trebalo platiti za takav viši razred rizika i plaćene premije.
- (2) Ako je izričito ugovoreno u polici i ako je plaćena odgovarajuća premija, osiguratelj je obvezan isplatiti ugovoreni iznos osiguranja ili njezin dio kad osigurani slučaj nastane pri sudjelovanju u:
 - 1) automobilskim, motociklističkim, moto- nautičkim, skijaškim i drugim sličnim brzinskim utrkama i vožnjama kao i pri treningu
 - 2) sportskim skokovima padobranom
 - 3) pri vožnji i upravljanju zrakoplovom i letjelicama svih vrsta, osim u svojstvu putnika u javnom prijevozu.
- (3) Osiguranje rizika prijeloma kosti uslijed nezgode ne može se ugovoriti.
- (4) Troškovi liječenja se mogu dodatno ugovoriti kod natjecatelja, dok se kod amatera i profesionalaca ne mogu ugovoriti.

Osiguranje uz naznaku imena osiguranika

Članak 4.

- (1) Ako je ugovoreno osiguranje sa naznakom imena i prezimena osiguranika, osigurani su samo oni članovi određene sportske organizacije ili kluba koji su u polici ili prilogu priloženom uz policu poimenično navedeni. Ugovaratelj je dužan pri zaključenju ugovora o osiguranju predati osiguravatelju poimenični popis članova određenih za osiguranje.
- (2) Za osobu koja postane članom nakon početka osiguranja označenog u polici, osiguranje počinje istekom onoga dana kad je osiguratelj primio

pismenu obavijest o pristupanju u osiguranje novog člana ako je do tada plaćena doplatna premija za novog člana. Ako doplatna premija nije plaćena, a osiguravatelj je primio pismenu obavijest o pristupanju novog člana, obveza osiguravatelja počinje istekom dana kada je plaćena dodatna premija za novog člana.

- (3) Za svakoga novoprimitljenog člana izdaje se nova zasebna polica osiguranja čiji je istek identičan polici osiguranja ostalih članova športskog kluba na koju se ona nadovezuje, a premija se izračunava prema načelu pro rata temporis, odnosno razmjerno protoku vremena.
- (4) Za odjavljene članove koji su prestali biti članom sportske organizacije, tj. kluba i sl., osiguranje prestaje istekom onog dana kada je ta osoba prestala biti član, tj. istupila iz grupe osiguranih osoba. Osiguravatelj je u obvezi vratiti neiskorišteni dio premije za člana koji je istupio iz grupe osiguranih osoba po principu pro rata temporis.

Osiguranje bez naznake imena osiguranika

Članak 5.

- (1) Ako je ugovoreno kolektivno osiguranje bez naznake imena i prezimena osiguranika, osiguranjem su obuhvaćeni svi registrirani i evidentirani članovi određene grupe osoba prema njihovoj službenoj evidenciji.

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

- (2) Ugovoreno kolektivno osiguranje prema popisu u privitku, ili prema službenoj evidenciji ugovaratelja podrazumijeva da ugovoreni iznosi osiguranja označeni u polici vrijede za sve osobe jednako.
- (3) Ako je ugovoreno da se na kraju godine osiguranja izvrši konačni obračun premije prema prosječnom broju osiguranih osoba (članova), ugovoreni iznosi osiguranja koji su za svakog pojedinog osiguranika označeni u polici, ne mijenjaju se. U tom slučaju ugovaratelj osiguranja dužan je u roku od 15 dana po isteku svakog mjeseca pismom prijaviti osiguravatelju brojno stanje osiguranih osoba koje je bilo posljednjeg dana proteklog mjeseca.
- (4) Konačni obračun premije radi se na kraju godine, tj. po isteku tekuće godine osiguranja ili ranije (polugodišnje, kvartalno i sl.) ako se tako dogovori i to prema prosječnom brojnom stanju osiguranih osoba (članova). Prosječno brojno stanje osiguranih osoba u toku jedne godine osiguranja ustanovljuje

se tako što se zbroje brojna stanja osoba po službenim evidencijama ugovaratelja posljednjeg dana u svakom mjesecu godine osiguranja za koju se vrši obračun premije pa se dobiveni zbroj podijeli sa 12 (dvanaest) ako se konačni obračun radi godišnje.

Ugovaratelj je dužan u roku od 15 (petnaest) dana nakon isteka osiguravateljne godine dostaviti osiguravatelju točne podatke o brojnom stanju svih članova određene grupe osoba na kraju obračunskog razdoblja.

Ako se tom prilikom po konačnom obračunu utvrdi da je prosječan broj osoba veći od broja na dan zaključenja osiguranja navedenog u polici temeljem kojeg se određivala premija osiguranja, ugovaratelj osiguranja je u obvezi platiti razliku u premiji u roku od 30 (trideset) dana po izvršenom konačnom obračunu. Ako je taj broj manji, osiguravatelj je obvezan u istom roku vratiti više naplaćenu premiju, ili umanjiti taj iznos od premije osiguranja za naredno razdoblje.

- (5) Ugovaratelj je dužan osiguravatelju staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje osiguravatelj može utvrditi koliko je brojno stanje članova određene grupe osoba.
- (6) Za svakog novopridošlog člana osiguranje počinje automatski, bez prethodne prijave, istekom onog dana kada je stupio u članstvo, tj. grupu osiguranih osoba, a prestaje za svakog člana istekom onog dana kada je prestalo njegovo članstvo u određenoj sportskoj organizaciji, tj. klubu (grupa osiguranih osoba).

Završne odredbe

Članak 6.

- (1) Moguće je ugovoriti i progresivnu invalidnost 150% uz doplatak prema pripadajućoj Klauzuli.
- (2) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuju se uz važeće Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode, a ako su u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.

**KLAUZULA ZA OSIGURANJE PREDŠKOLSKE DJECE, ŠKOLSKE DJECE
I STUDENATA OD POSLJEDICA NEZGODE
(20595143)**

Predmet osiguranja

Članak 1.

- (1) Smatraju se osiguranim sve osobe do navršenih 30 godina starosti, dok nisu zaposlene na puno radno vrijeme (rok zapošljavanja: određeno ili neodređeno), sa prebivalištem u Bosni i Hercegovini, bez obzira na zdravstveno stanje te bez plaćanja povišene premije u smislu članka 8. stavka 2. točke 4. Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nezgode osim duševno bolesnih, koji su isključeni iz pokrivača po polici iako je plaćena premija.
- (2) Osiguranje se može ugovoriti pojedinačno sa oznakom imena i prezimena osiguranika u polici, tj. njenom prilogu ili bez naznake imena i prezimena osiguranika kao kolektivno (grupno) osiguranje (npr. za djecu u vrtićima, jaslicama, školama, fakultetima i sl.) prema službenoj važećoj evidenciji ugovaratelja.
- (3) Osiguranje se može ugovoriti i za osobe koje preko ugovaratelja ili drugih ovlaštenih organizacija odlaze u inozemstvo i zadržavaju se tamo radi prakse, školovanja i drugih poslova u vezi sa školovanjem, što je potrebno posebno navesti u polici i platiti doplatnu premiju. U polici ili njenom prilogu potrebno je navesti zemlju pokrivača u koju osiguranik putuje, a ako ona nije navedena smatra se da je ugovoreno pokrivače zemalja Europe.
- (4) Po ovoj Klauzuli pored obaveznih rizika smrt uslijed nezgode i trajni invaliditet, mogu se ugovoriti i dodatni rizici: trošak liječenja, dnevna naknada, bolnička naknada uslijed nezgode, naknada troškova pratnje skrbnika, prijelom kosti prema Klauzuli naknada za lom kosti te trošak estetske operacije prema Klauzuli naknade za estetske operacije uslijed nezgode.
- (5) Naknada troškova pratnje skrbnika ugovorena u polici osiguranja nadoknađuje trošak smještaja i prehrane u najbližem hotelu ili motelu od bolnice, za roditelje, tj. skrbnike djeteta, ako je osigurano dijete zbog liječenja ili rehabilitacije smješteno izvan mjesta prebivališta. Naknada troškova pratnje skrbnika ne odnosi se na studente. Troškove će osiguravatelj nadoknaditi po uredno dostavljenim računima, uz neograničeno teritorijalno pokrivače.
- (6) Klauzule za ugovorene rizike su sastavni dio Ugovora o osiguranju.
- (7) Dnevna naknada uslijed nezgode ne može se ugovoriti za studente koji ne pohađaju redovitu

nastavu u školovanju (izvanredni studenti).

- (8) U osiguravateljnem pokrivaču je bez nadoplate premije uključeno i pokrivače za troškove spašavanja do 25% iznosa osiguranja za smrt uslijed nesretnog slučaja - nezgode.

Početak i trajanje osiguranja

Članak 2.

- (1) Obveza osiguravatelja iz ugovora o osiguranju, ako nije drugačije ugovoreno, počinje po isteku 24. sata dana koji je u ispravi o osiguranju naveden kao početak osiguranja, ako je do tada plaćena premija osiguranja, a prestaje po isteku 24. sata koji je u ispravi o osiguranju naveden kao dan isteka trajanja osiguranja.
- (2) Kad osoba osigurana zajedničkom kolektivnom (grupnom) policom za osiguranje predškolske ili školske djece (učenika) te studenata jednog ugovaratelja, prestane biti članom te grupe ili izgubi status učenika, tj. studenta i sl. (krene u školu, završi školovanje, diplomira, napusti školu i sl.), osiguranje prestaje i osiguravatelj više nije u obvezi nadoknaditi štetu.
- (3) Osiguranje vrijedi 24 sata dnevno (za vrijeme nastave i izvanškolskih aktivnosti).
- (4) Ako je ugovoreno i plaćena je doplatna premija za osiguranje osoba u inozemstvu osiguranje počinje od trenutka polaska od kuće, tj. adrese ustanove ugovaratelja koju osiguranik pohađa na put u inozemstvo, ali ne ranije od početka osiguranja označenog u polici, i traje do povratka kući, tj. u adresu ustanove ugovaratelja koju osiguranik pohađa, ali najduže do isteka onog dana koji je u polici označen kao dan isteka osiguranja.

Obveza osiguravatelja

Članak 3.

- (1) Ako osigurani slučaj ima za posljedicu osiguranikovu privremenu nesposobnost za školski rad, odnosno u slučaju kad je osigurano predškolsko dijete nesposobno za pohađanje jaslica ili vrtića, odnosno kad je školsko dijete (učenik) i student nesposobno za pohađanje redovite nastave, a ugovorena je isplata dnevne naknade za privremenu nesposobnost za školski rad, osiguravatelj isplaćuje iznos osiguranja u ugovorenoj visini od prvog dana nakon isteka obavezna karence koji slijedi danu kad je počelo

liječenje kod liječnika ili zdravstvene ustanove pa do posljednjeg dana trajanja nesposobnosti za pohađanje jaslica, vrtića ili redovite nastave, ali najviše za onaj broj dana koji je u polici osiguranja naveden kao maksimalan ili do 200 dana, ovisno što je kraće.

- (2) Za vrijeme praznika i raspusta mjerodavna je ocjena liječnika bi li osiguranik bio sposoban za pohađanje jaslica ili vrtića, odnosno redovite nastave.
- (3) Dnevna naknada isplaćuje se nakon završenog liječenja na temelju liječničke potvrde.
- (4) Dnevna naknada ugovara se sa obaveznom karencom, u trajanju koje je upisano u polici osiguranja. Osiguravatelj nije u obvezi isplatiti dnevnu naknadu za vrijeme trajanja karence.

Završne odredbe

Članak 4.

- (1) Moguće je ugovoriti i progresivnu invalidnost 150% uz doplatu prema pripadajućoj Klauzuli.
- (2) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuju se uz važeće Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nezgode, a ako su u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.

**KLAUZULA ZA OSIGURANJE OSOBA ZA VRIJEME SLUŽBENOG
PUTOVANJA OD POSLJEDICA NEZGODE
(20595144)**

Predmet osiguranja

Članak 1.

- (1) Osiguravaju se osobe u radnom odnosu sa ugovarateljem osiguranja i to za vrijeme službenog puta prema evidencijama putnih naloga kod ugovaratelja. Osiguranje vrijedi za obavljanje redovnog zanimanja, kao i izvan toga, ali samo za vrijeme puta i boravka na službenom putu po propisanom putnom nalogu.
- (2) Službenim putovanjem smatra se putovanje unutar granica Bosne i Hercegovine radi obavljanja poslova i radnih zadataka izvan mjesta rada i mjesta prebivališta ili uobičajenog boravišta na udaljenosti od najmanje 30 kilometara. Službeno putovanje unutar BiH može trajati maksimalno do 30 (trideset) dana po putnom nalogu/putovanju.
- (3) Pod službenim putovanjem podrazumijeva se boravak u inozemstvu do 30 (trideset) dana neovisno o razlozima toga puta, a na koji put je osiguranika uputio poslodavac i ako je posebno naznačeno u polici osiguranja za koje zemlje se pokrće odnosi.
- (4) Osigurani rizici su smrt uslijed nesretnog slučaja – nezgode i trajni invaliditet uslijed nesretnog slučaja – nezgode, a moguće je ugovoriti i dnevnu naknadu, bolničku naknadu, gubitak i kašnjenje prtljage u avionskom prijevozu te progresivnu invalidnost 150% uz doplatak prema pripadajućoj Klauzuli.
- (5) Ugovaratelj je pravna ili fizička osoba (poslodavac/ tvrtka) koji zaključuje osiguranje za sve djelatnike koji idu na službena putovanja i to za sva službena putovanja tijekom godine unutar granica BiH, ako se ne ugovori drugačije. Osiguravaju se osobe koje imaju sklopljen ugovor o radu (radni odnos) s poslodavcem (ugovarateljem).
- (6) Za pokriće izvan granica BiH plaća se doplatak od minimalno 10% na premiju osiguranja.
- (7) Osiguranje isključivo pojedine osobe ili pojedinog službenog puta nije moguće

Obračun premije

Članak 2.

- (1) Premija osiguranja obračunava se prema broju putnih naloga i broju dana provedenih na službenom putu i jednaka je za sve osiguranike bez obzira na njihovo zanimanje i zdravstveno stanje.
- (2) Osiguranik je osoba na koju glasi putni nalog za službeno putovanje.

- (3) Osiguranje se u pravilu zaključuje samo za one ugovaratelje koji imaju godišnje najmanje izdanih 50 (pedeset) putnih naloga. Ako ugovaratelj ima izdano godišnje preko 100 (sto) putnih naloga, moguće je odobriti popust do 20%.

Početak osiguranja

Članak 3.

- (1) Obveza osiguravatelja počinje od trenutka kad je osiguranik krenuo na put iz svoje kuće ili radnog mjesta i traje sve do trenutka povratka kući ili na radno mjesto.
- (2) Osiguravatelj je u obvezi samo ako je putni nalog izdan osiguraniku prije početka putovanja.

Sposobnost za osiguranje

Članak 4.

- (1) Osobe koje su osigurane policom za osiguranje uključuju se u potpunu obvezu osiguravatelja, bez obzira na zdravstveno stanje, opću radnu sposobnost te bez plaćanja povišene premije u smislu članka 8. stavka 2. Uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nezgode, osim duševno bolesnih osoba i osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti, koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja.

Plaćanje premije

Članak 5.

- (1) Temeljem procjene o izdavanju putnih naloga ugovaratelja za određeno razdoblje, plaća se unaprijed akontacija premije.
- (2) Ugovaratelj osiguranja dužan je u roku od 15 dana po isteku osiguravateljne godine ili razdoblja određenog za konačni obračun dostaviti osiguravatelju točne podatke o izdanim putnim nalogima zbog konačnog obračuna premije.

Obveze ugovaratelja osiguranja

Članak 6.

- (1) Ugovaratelj osiguranja dužan je osiguravatelju staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi stvarni broj izdanih putnih naloga za vrijeme trajanja police osiguranja.

Opseg obveze za prtljagu

Članak 7.

- (1) Ako se u polici osiguranja dodatno ugovori i plati doplatna premija osiguranje po polici proširuje se i:
- 1) za slučaj trajnog gubitka prtljage u zrakoplovnom prijevozu, gdje će osiguravatelj mimo nadoknade zrakoplovne tvrtke za trajno izgubljenu prtljagu, osiguraniku nadoknaditi iznos u visini 30 KM po kilogramu težine trajno izgubljene prtljage, ali najviše do 750 KM.
Smatra se da je prtljaga trajno izgubljena ako se ne preda putniku (osiguraniku) u roku 21 (dvadeset i jedan) dana od dana završetka putovanja, tj. dolaska u odredište.
 - 2) za slučaj kašnjenja prtljage na odredište više od 6 (šest) sati od završetka zrakoplovnog leta neovisno o eventualnoj nadoknadi koju će korisnik dobiti od zrakoplovne tvrtke, osiguravatelj će isplatiti iznos za nabavku nužnih potrepština radi nastavka putovanja i obavljanje poslova, tj. aktivnosti zbog kojih je putovanje započelo i to jednokratno u iznosu 150 KM.
- (2) Pokriće po polici osiguranja vrijedi za najviše 5 (pet) letova godišnje za osigurane osobe koji putuju zrakoplovima.
- (3) Za sve navedene slučajeve osiguranja, osiguranik mora pribaviti dokaze iz kojih će biti nedvojbeno vidljivo njegovo pravo na nadoknadu troškova, tj. štete uslijed gubitka prtljage i to potvrdu zrakoplovne tvrtke o događaju (vremenu kašnjenja prtljage, trajnom gubitku prtljage kao i težini prtljage) i originalne račune za nabavku nužnih potrepština u odredištu, tj. mjestu kašnjenja prtljage.

Završne odredbe

Članak 8.

- (1) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuje se uz važeće Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nezgode, a ako su u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.

KLAUZULA ZA OSIGURANJE TEŠKO BOLESNIH STANJA (20595145)

- (1) Ako se posebno ugovori u polici osiguranja i plati doplatna premija pokriće osiguranja proširuje se i za teško bolesna stanja iz stavka 8. ove Klauzule, za koja će osiguraniku u slučaju nastanka osiguranog slučaja pripasti pravo na ugovoreni osigurani iznos. Ovaj rizik se ugovara samo kada su pokriveni svi djelatnici ugovaratelja u trajanju 24 sata, to jest minimalno 80% djelatnika uz popis koji je priložen polici osiguranja. Osiguranje za teško bolesna stanja se ne može ugovoriti za članove obitelji djelatnika ni za manje od 10 osiguranika.
- (2) Osigurani iznos za teško bolesna stanja iz police osiguranja predstavlja najveći iznos obveze osiguravatelja u jednoj osiguravateljskoj godini po osiguraniku. Isplatom osiguranog iznosa osiguravatelj nije u obvezi isplate naknade iz osiguranja ponovo osiguraniku ako kod osiguranika u istoj osiguravateljskoj godini nastupi neko drugo teško bolesno stanje nadoknadivo po ovoj Klauzuli.
- (3) Rizik teško bolesnog stanja može se zaključiti samo za zdrave osobe. Iz osiguranja su isključene:
- 1) osobe koje se u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju liječe od neke bolesti definirane u ovoj Klauzuli
 - 2) osobe iz čije je medicinske dokumentacije razvidno da je bolest po ovoj Klauzuli ustanovljena prije početka osiguranja ili da je postavljena sumnja na bolest, no zbog neprovedenih odgovarajućih medicinskih postupaka ista još nije potvrđena.
- (4) Iznimno uz pismeni prihvrat osiguravatelja, osoba iz prethodnog stavka ovih Uvjeta može se prihvatiti u osiguranje, ali uz isključenje pojedine bolesti sukladno odredbama prethodnog stavka.
- (5) Teško bolesno stanje smatra se, prema ovoj Klauzuli, stanje u kojem se nalazi osiguranik zbog bolesti navedenih u ovoj Klauzuli i koje uvjetuju operativno liječenje osiguranika ili njegovo kontinuirano konzervativno liječenje koje uključuje i fizikalnu terapiju, a po potrebi i tuđu pomoć, pod uvjetima utvrđenim u odredbama ove Klauzule. Postavljena dijagnoza bolesti, osim kod AIDS-a, ne smatra se teško bolesnim stanjem u smislu ove Klauzule.
- (6) Teško bolesna stanja moraju biti ustanovljena najsvremenijim metodama medicine, prema važećim algoritmima struke u tijeku bolničkog liječenja.
- (7) Kada kod teško bolesnog stanja postoji diferencijalno-dijagnostička dilema, ili kada teško bolesno stanje nije ustanovljeno najsvremenijom medicinskom metodom ili postupkom, za osiguravatelja ne postoji obveza isplate naknade iz osiguranja prema ovoj Klauzuli.
- (8) Teško bolesnim stanjima smatraju se, sukladno međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema kratice MKB-10 \engl. ICD-10\
- 1) ishemična bolest srca dokazana koronarografijom i kod koje je učinjena operacija premosnicama (I25)
 - 2) srčani infarkt sa komplikacijama (I21) i to rane komplikacije (aritmija srca, srčani šok, srčana dekompenzacija, tromboza, tromboembolija, plućna embolija, perikarditis) kao i kasne komplikacije (aneurizma srca, postinfarktni sindrom - Dressler)
 - 3) moždani udar sa trajnim funkcionalnim poremećajem koji ugrožava osnovne životne funkcije, a koje se manifestiraju pri govoru, gutanju, otežanom hodanju, samostalnom hranjenju ili oblačenju (I60 - I64)
 - 4) multipla skleroza kod koje je zabilježen poremećaj psihičke i fizičke ravnoteže te postoji potreba za trajnom tuđom pomoći (G35 - G 37)
 - 5) Parkinsonova bolest kada je zbog psihičkog ili fizičkog poremećaja potrebno osigurati trajnu tuđu pomoć (G20 - G26)
 - 6) Alzheimerova bolest kada je zbog psihičkog poremećaja potrebno osigurati trajnu tuđu pomoć (G30 - G32)
 - 7) AIDS u bilo kojoj fazi bolesti (B20 - B24)
 - 8) Kronično zatajenje bubrežnih funkcija koje zahtijeva trajnu hemodijalizu ili transplantaciju bubrega (N17 - N19)
 - 9) Zatajenje jetre koje nije uzrokovano alkoholom, a kod kojeg je učinjena transplantacija jetre (K71-K77)
 - 10) Ankilozantni spondilitis (Behterova bolest) kod koje se provodi bolnička medicinska rehabilitacija jednom godišnje (M45)
 - 11) Reumatski artritis kod koje se provodi bolnička medicinska rehabilitacija jednom godišnje (M5 - M6)
 - 12) Zloćudna bolest bilo kojeg organa kada dođe u fazu liječenja kemoterapijom isključivo citostaticima u ciklusima. Datumom nastupanja osiguranog slučaja smatra se

datum kada je osiguranik završio prvi ciklus liječenja citostaticima (C00-C97).

Teško bolesna stanja iz točke 4., 5. i 6. ovog članka smatraju se da su nastupila kada je zdravstveno stanje osiguranika poremećeno do te mjere da postoji trajna ovisnost o tuđoj pomoći. Trajna ovisnost o tuđoj pomoći podrazumijeva stanje bolesti bez ikakve mogućnosti poboljšanja.

- (9) Obveza osiguravatelja za isplatu ugovorenog iznosa osiguranja osiguraniku postoji samo ako osigurani slučaj nastupi u razdoblju trajanja osiguranja.
- (10) Smatra se da je osigurani slučaj nastupio prema ovoj Klauzuli, ako je osiguranik preživio najmanje 30 (trideset) dana od dana nastupanja teško bolesnog stanja definiranog ovom Klauzulom, osim za zloćudne bolesti.
- (11) U slučaju ostvarenja osiguranog slučaja u tijeku trajanja osiguranja, osiguravatelj je obvezan osiguraniku isplatiti:
- 1) 50% ugovorenog iznosa osiguranja kao osigurninu, ako kod osiguranika nastupi teško bolesno stanje tijekom prvih 6 (šest) mjeseci od početka trajanja osiguranja, odnosno pristupanja osiguranika u grupu osiguranika (kolektivno osiguranje).
Ovo ograničenje se ne primjenjuje ako je osiguranik prije početka važenja police bio osiguran bez prekida u trajanju najkraće 6 (šest) mjeseci kod nekog drugog osiguravatelja ili kod Adriatic osiguranja d.d. od istih osiguranih slučajeva
 - 2) cijeli iznos osiguranja kao osigurninu, ako kod osiguranika nastupi teško bolesno stanje protekom 6 (šest) mjeseci od početka trajanja osiguranja odnosno pristupanja osiguranika u grupu osiguranika (kolektivno osiguranje).
- (12) Osiguranik kojem je isplaćen ugovoreni iznos za osigurani slučaj teško bolesnog stanja prema ovoj Klauzuli ne može biti dalje osiguran za slučaj teško bolesnog stanja. Osiguranik nema pravo povrata dijela premije zbog toga što ostala teško bolesna stanja nisu nastupila u tijeku trajanja osiguranja.
- (13) Osiguravatelj nije u obvezi isplatiti naknadu, tj. ugovoreni iznos osiguranja za:
- 1) bolesti krvnih žila koje se rješavaju samo širenjem krvnih žila bez ugradnje stenta kod teško bolesnih stanja iz stavka 8. točki 1. i 2. ove Klauzule
 - 2) zloćudne bolesti „in situ”
 - 3) zloćudne bolesti koje su liječene samo

operacijom i nakon koje se osiguranik dobro oporavlja

- 4) zloćudne bolesti koja su liječene operacijom i ili jednokratnom primjenom citostatika ili hormona.
- (14) Ako je posljedica teško bolesnog stanja smrt osiguranika koja je nastupila u roku od 1 (jedne) godine dana od dana kad je osiguravatelj utvrdio svoju obvezu i isplatio osiguraniku osigurninu za slučaj teško bolesnog stanja, iznos osiguranja za osigurani slučaj smrti uslijed bolesti koji je ugovoren važećom policom na dan smrti osiguranika umanjuje se za već isplaćeni iznos osigurnine za osigurani slučaj teško bolesnog stanja.
- (15) Ako nastane osigurani slučaj osiguranik je dužan:
- 1) pisano izvijestiti osiguravatelja o teško bolesnom stanju u roku od 10 (deset) dana od dana kad mu to njegovo zdravstveno stanje omogućí, odnosno završenog bolničkog liječenja
 - 2) popuniti prijavu i uz nju priložiti u izvorniku liječničku dokumentaciju, presliku zdravstvenog kartona i sva potrebna izvješća o tijeku liječenja, koja zatraži osiguravatelj, a ako se radi o nalazima iz inozemstva osiguravatelj može zahtijevati predočenje ovjerenog prijevoda na trošak osiguranika
 - 3) odazvati se na pregled liječniku u zdravstvenoj ustanovi koju odredi osiguravatelj
 - 4) po potrebi posebnom punomoći ovlastiti osiguravatelja za uvid u svu liječničku dokumentaciju koja je pohranjena u odgovarajućim medicinskim ustanovama
 - 5) pružiti sva naknadna objašnjenja i predočiti na uvid odgovarajuće dokaze kako bi se u potpunosti utvrdile okolnosti u svezi sa teško bolesnim stanjem.
- (16) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuju se uz važeće Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nezgode, a ako su u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula

KLAUZULA ZA OBITELJSKO OSIGURANJE POZNATIH KLIJENATA OD POSLJEDICA NEZGODE (20595146)

Predmet osiguranja

Članak 1.

- (1) Poznatim klijentima se smatraju osobe koje imaju ugovorene police drugih vrsta osiguranja kod Adriatic osiguranja d.d. Uz poznatog klijenta, mogu se osigurati i članovi kućanstva (obitelji) poznatog klijenta.
- (2) Kućanstvom se smatra svaka obitelj ili druga zajednica života, privređivanja i trošenja ostvarenoga ukupnog dohotka svih članova kućanstva (obitelji) za podmirivanje osnovnih životnih potreba (stanovanje, hrana i drugo), bez obzira na stupanj srodstva.
- (3) Članovi kućanstva (obitelji) koji su uz poznatog klijenta osigurani moraju biti posebno navedeni u polici osiguranja ili njenom privitku.
- (4) Svi članovi kućanstva imaju iste iznose osiguranja za pojedine ugovorene osigurane slučajeve u polici osiguranja.
- (5) Po ovoj Klauzuli pored obaveznih rizika smrt uslijed nezgode, trajni invaliditet, dnevna naknada za bolničko liječenje i lom kosti, mogu se ugovoriti i dodatni rizici: smrt uslijed bolesti i trošak estetske operacije definiran Klauzulom naknade za estetske operacije uslijed nezgode.
- (6) Klauzula za lom kosti je sastavni dio ove Klauzule.

Sposobnost za osiguranje

Članak 2.

- (1) Osobe koje su osigurane policom za osiguranje članova kućanstva uključuju se u potpunu obvezu osiguravatelja, bez obzira na zdravstveno stanje, opću radnu sposobnost te bez plaćanja povišene premije u smislu članka 8. stavka 2. točke 4. Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nezgode, osim duševno bolesnih osoba i osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti, koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja. Osigurati se mogu svi članovi obitelji do navršениh 75 godina života.

Trajanje osiguranja

Članak 3.

- (1) Za osobu koja postane članom kućanstva

nakon početka osiguranja označenog u polici, osiguranje počinje istekom onoga dana kad je osiguravatelj primio pismenu obavijest o pristupanju u osiguranje novog člana ako je do tada plaćena doplatna premija za novog člana. Ako doplatna premija nije plaćena, a osiguravatelj je primio pismenu obavijest o pristupanju novog člana, obveza osiguravatelja počinje istekom dana kada je plaćena dodatna premija za novog člana kućanstva.

- (2) Za svakoga novoprimljenog člana kućanstva izdaje se nova zasebna polica osiguranja čiji je istek identičan polici osiguranja ostalih članova kućanstva na koju se ona nadovezuje, a polica se izračunava prema načelu pro rata temporis, odnosno razmjerno proteku vremena.
- (3) Za osobu koja je tijekom trajanja osiguranja prestala biti članom kućanstva, osiguranje je na snazi do isteka važenja tekuće police osiguranja, ako je za tog člana uredno plaćena premija osiguranja i ako se osigurani slučaj dogodi unutar teritorija Bosne i Hercegovine.
- (4) Osiguravatelj nije u obvezi vratiti neiskorišteni dio premije za člana koji je istupio iz grupe osiguranih osoba.

Opseg obveze osiguravatelja

Članak 4.

- (1) Ako se ostvari osigurani slučaj smrti uslijed nezgode za osobu mlađu od 14 godina ili stariju od 75 godina, osiguravatelj je u obvezi nadoknaditi samo 50% iznosa osiguranja na ime osigurnine (naknade štete).
- (2) Moguće je ugovoriti i progresivnu invalidnost 150% uz doplatak prema pripadajućoj Klauzuli.

Završne odredbe

Članak 5.

- (1) Ova Klauzula vrijedi i primjenjuju se uz važeće Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nezgode, a ako su u suprotnosti sa istima, primjenjuju se ova Klauzula.

**KLAUZULA ZA OSIGURANJE KORISNIKA KREDITA/PREKORAČENJA
KOD FINACIJSKIH INSTITUCIJA
(20595147)**

Opće odredbe

Članak 1.

- (1) Klauzula za osiguranje korisnika kredita/prekoračenja (u daljnjem tekstu: Klauzula) zajedno s Općim uvjetima i ponudom - pristupnicom i policom osiguranja čine sastavni dio ugovora o osiguranju korisnika kredita/prekoračenja.
- (2) Osiguranje se može zaključiti kao pojedinačno, grupno i kolektivno. Trajanje osiguranja ugovara se na određeno vrijeme, pojedini osiguranik ne može biti duže u osiguranju od 60 (šezdeset) mjeseci, i ne kraće od jedne godine.

Članak 2.

- (1) Ugovorom o osiguranju korisnika kredita/prekoračenja, ugovaratelj se obavezuje jednokratno uplatiti premiju osiguranja, a osiguravatelj se obavezuje isplatiti korisniku osiguranja osiguranu svotu u skladu sa odredbama ove Klauzule. Osigurannina se isplaćuje ako se ostvari osigurani rizik: smrti uslijed bolesti, smrti uslijed nesretnog slučaja – nezgode, trajni invaliditet uslijed nesretnog slučaja – nezgode.
- (2) Po ovoj Klauzuli mogu se osigurati zdrave osobe s navršениh 18 (osamnaest) do navršениh 75 (sedamdeset i pet) godina života koje su državljani BiH i koje su s davateljem kredita/prekoračenja sklopile ugovor.

Početak i trajanje osiguranja

Članak 3.

- (1) Osiguranje po ovoj Klauzuli zaključuje se sa trajanjem od najmanje 1 (jedne) do najviše 5 (pet) godina. Osiguranje se zaključuje za cijelo vrijeme otplate kredita/prekoračenja. Za svakog pojedinog osiguranika osiguranje počinje u 24,00 sata onog dana kada je isplaćen kredit ili kada je odobreno prekoračenje i plaćena premija osiguranja, a prestaje u 24,00 sata dana isteka kredita/prekoračenja.
- (2) Osiguranje za pojedinog osiguranika prestaje vrijediti, bez obzira na ugovoreno trajanje, onog dana kada:
 - nastupi smrt osiguranika

- osiguranik prijevremeno otplati kredit svom kreditoru
- kada osiguranik navršši 75 godina života
- kada jedna od ugovornih strana raskine ugovor sukladno ovoj Klauzuli.

- (3) Osiguravatelj je, na zahtjev, obavezan vratiti neiskorišteni dio premije u slučajevima navedenim u stavku 2. ovog članka izuzev za slučaj nastupa smrti osiguranika.

Premija osiguranja

Članak 4.

- (1) Ugovaratelj osiguranja dužan je odjednom i unaprijed platiti premiju osiguranja za cijelo trajanje ugovora o osiguranju.
- (2) Premija je utvrđena cjenikom osiguravatelja, a ovisi o početnoj osiguranoj svoti, trajanju osiguranja, životnoj dobi osiguranika i zanimanju osiguranika.

Obveza osiguravatelja

Članak 5.

- (1) Ugovorom o osiguranju korisnika kredita/prekoračenja, osiguravatelj se obavezuje da će u slučaju smrti korisnika kredita/prekoračenja tijekom trajanja osiguranja isplatiti korisniku osiguranja, iznos nedospjele glavnice kredita/prekoračenja utvrđene na dan kada je osigurani slučaj nastao.
- (2) Obveza osiguravatelja se odnosi samo na obaveze osiguranika koje dospijevaju nakon možebitne smrti osiguranika. Ako je osiguranik prije svoje smrti kasnio sa otplatom dospjelih anuiteta kredita/prekoračenja, osiguravatelj neće preuzeti dospjele obaveze osiguranika.
- (3) Osiguravatelj se obavezuje da će u slučaju nastupa trajnog invaliditeta isplatiti iznos osiguranja za slučaj trajnog invaliditeta ako je uslijed nezgode nastupio potpuni invaliditet osiguranika, odnosno postotak iznosa osiguranja za slučaj trajnog invaliditeta ako je zbog nezgode nastupio djelimični invaliditet osiguranika.

Ograničenje i isključenje obveze osiguravatelja

Članak 6.

- (1) Osiguravatelj nije u obavezi isplatiti korisniku osiguranu svotu definiranu u članku 5. stavku 1., već samo do tada prikupljenu matematičku pričuvu ako:
 - osiguranik izvrši samoubojstvo u razdoblju nakon isteka prve godine od zaključivanja osiguranja do isteka treće godine osiguranja
 - je smrt osiguranika prouzročena ratnim operacijama.
- (2) Osiguravateljeva obveza je isključena, ako je smrt osiguranika nastupila:
 - samoubojstvom osiguranika do isteka prve godine osiguranja
 - jer je korisnik namjerno prouzročio smrt osiguranika
 - izvršenjem smrtne kazne nad osiguranikom
 - pri pokušaju ili pripremi pokušaja kaznenog djela
 - zbog djelovanja alkohola ili narkotičkih sredstva.
- (3) Ograničenja i isključenja obveze osiguravatelja definirana su člankom 8. i člankom 9. Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nezgode.

Raspolaganje pravima iz osiguranja

Članak 7.

- (1) Sva prava i obaveze iz ugovora o osiguranju pripadaju ugovaratelju do trenutka dok se ne ostvari osigurani slučaj.
- (2) Kada se ostvari osigurani slučaj, na korisnika prelaze prava iz ugovora o osiguranju.
- (3) Ako se osigurani slučaj ostvario, korisnik podnosi pisani zahtjev osiguravatelju u roku sedam dana od dana kada je nastupio osigurani slučaj. Uz zahtjev, korisnik je obavezan u najkraćem mogućem roku priložiti:
 - policu osiguranja/pristupnicu
 - izvod iz matične knjige umrlih
 - dokaz o uzroku smrti;
 - kopiju zdravstvenog kartona u slučaju smrti uslijed bolesti
 - medicinsku i drugu dokumentaciju koja služi kao dokaz o uzroku invaliditeta ili smrti uslijed nezgode
 - ugovor o kreditu i otplatni plan.

Osiguravatelj ima pravo tražiti i druge dokaze koji su potrebni za utvrđivanje prava na isplatu.

Isplata osigurane svote

Članak 8.

- (1) Osiguravatelj je obavezan isplatiti osiguranu svotu, definiranu u članku 5. stavku 1., u roku od 14 (četrnaest) dana od dana kada je utvrđeno postojanje obaveze i njezin iznos. Rok počinje teći od dostavljanja zadnjeg dokaza potrebnog za utvrđivanje obveze.
- (2) Pravo na isplatu osigurane svote ima jedino korisnik osiguranja, koji je (u polici) naveden prilikom zaključivanja ugovora o osiguranju.
- (3) Ugovaratelj i osiguranik su u skladu sa zakonom koji uređuje zaštitu osobnih podataka suglasni da se podaci iz ponude isključivo upotrebljavaju u zbirnim podacima koje uspostavlja, vodi i održava osiguravatelj. Osiguranik je suglasan da osiguravatelj za potrebe provođenja ugovora o osiguranju prikuplja i obrađuje podatke o njegovom zdravstvenom stanju.

Završne odredbe

Članak 9.

- (1) Za reguliranje svih odnosa, prava i obaveza između zainteresiranih osoba temeljem zaključenog ugovora o osiguranju, a koji nisu regulirani ovom Klauzulom, Općim uvjetima i zaključenim ugovorom, primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim odnosima.
- (2) Moguće je ugovoriti i progresivnu invalidnost 150% uz doplatak prema pripadajućoj Klauzuli.
- (3) Eventualne sporove iz primjene ove Klauzule, rješavat će stvarno nadležni sud sjedišta osiguravatelja.