

PREDUGOVORNE INFORMACIJE ZA UGOVARAČA OSIGURANJA - OSIGURANJE LICA OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA

1. PODACI O DRUŠTVU ZA OSIGURANJE	
Poslovno ime: AKCIONARSKO DRUŠTVO ZA OSIGURANJE GLOBOS OSIGURANJE ADO, BEOGRAD	Broj telefona za korisnike usluga osiguranja: +381 21 425 946
Pravna forma: Akcionarsko društvo	
Sedište: Beograd (Novi Beograd)	E-mail adresa: office@globos.rs
Adresa sedišta: Bulevar Mihajla Pupina 165d	Internet stranica: www.globos.rs

2. OPIS GLAVNIH KARAKTERISTIKA USLUGE OSIGURANJA	
A. RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM, ISKLJUČENJA I VREME VAŽENJA UGOVORA	
2.1. Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na ugovor o osiguranju <i>Imate pravo da se blagovremeno, pre zaključenja ugovora o osiguranju, upoznate sa uslovima osiguranja koji se primenjuju na taj ugovor.</i>	• OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA od 12.08.2022. • POSEBNI USLOVI ZA OSIGURANJE UČENIKA I STUDENATA OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA od 12.08.2022. • DOPUNSKI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA ZA SLUČAJ PRELOMA KOSTI USLED NESREĆNOG SLUČAJA od 12.08.2022.
2.2 Opšte odredbe Ugovor o osiguranju se može zaključiti na osnovu usmene ili pisane ponude. Ugovor o osiguranju je zaključen kada ugovarač i osiguravač potpišu polisu ili list pokrića. Radi zaključenja ugovora o osiguranju, osiguravač može zahtevati da ponudilac prethodno podnese pisanu ponudu na posebnom obrascu. Ako osiguravač ne prihvati ponudu, dužan je da u roku od 8 dana od dana njenog prijema pismeno obavesti ponudioca o tome. Ako osiguravač nije odobrio ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima vrši osiguranje, smatra se da je osiguranje zaključeno kada je osiguravač primio ponudu. Ako je osiguravač spreman prihvatiti ponudu samo pod posebnim uslovima, osiguranje počinje sa onim danom kada je ugovarač pristao na posebne uslove. Smatra se da je ponudilac odustao od ponude, ako na posebne uslove ne pristane u roku od 8 dana od dana prijema preporučenog obaveštenja osiguravača. Učenici osnovnih, srednjih i stručnih škola, studenti viših, visokih škola i fakulteta, osiguravaju se bez obzira na njihovo zdravstveno stanje, opštu radnu sposobnost i godine starosti. Ugovarač osiguranja može biti osnovna, srednja i stručna škola, viša, visoka škola ili fakultet koje zaključi osiguranje od posledica nesrećnog slučaja. Lica kojima je u celini oduzeta poslovna sposobnost su u svakom slučaju isključena iz osiguranja, osim ako zakonskim propisima nije drugačije određeno.	
2.3. Rizici pokriveni osiguranjem Nesrećnim slučajem smara se svaki budući, neizvestan i nezavisan od isključive volje ugovarača događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguraniha, ima za posledicu njegovu smrt, potpuni ili delimični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušavanje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć. Nesrećnim slučajem se smatraju naročito sledeći događaji: gaženje, sudar, udar nekim predmetom ili o neki predmet, udar električne energije ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem i raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubod nekim predmetom, udar ili ujed životinje. Pod nesrećnim slučajem smatra se i: 1) trovanje hranom ili hemijskim sredstvima, osim profesionalnih oboljenja; 2) trovanje usled udisanja gasova ili pare, osim profesionalnih oboljenja; 3) infekcija povrede prouzrokovane nesrećnim slučajem; 4) opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, kiselinama, lužinama i slično; 5) davljenje i utapanje; 6) gušenje ili ugušivanje usled zatrpavanja (zemljom, peskom i slično), kao i usled udisanja pare i gasova, osim profesionalnih oboljenja; 7) ubod insekta, izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest; 8) istegnuće mišića, iščašenje, pretrgnuće zglobnog vezivnog tkiva, prelom zdravih kostiju koji nastane usled naglih telesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja, ako su nastali usled nepredviđenih spoljašnjih događaja i neposredno posle povrede verifikovani u bolnici ili zdra-vstvenoj ustanovi; 9) delovanje svetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako je osiguranik takvom delovanju bio izložen: usled nesrećnog slučaja, koji se neposredno pre toga desio, usled spašavanja ljudskog života, usled takvih nepredviđenih okolnosti koje nije mogao sprečiti; 10) delovanje rentgenskih i radijumskih zraka, ako nastupi naglo i iznenada, osim profesionalnih oboljenja Ugovor o osiguranju po ovim uslovima može se zaključiti, odnosno kada nastane nesrećni slučaj Osiguravač isplaćuje iznose utvrđene u polisi i to kako sledi Od posledica nesrećnog slučaja za osigurane opasnosti utvrđene opštim uslovima I to: a) za slučaj smrti, ako je usled nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguraniha. b) za slučaj invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranja c) procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta koji odgovara procentu delimičnog invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio delimični invaliditet osiguraniha; d) dnevnu naknadu ako je osiguranik usled nesrećnog slučaja bio privremeno nesposoban za rad, odnosno za vršenje svojih redovnih radnih zadataka; e) naknadu troškova lečenja, samo do ugovorenog iznosa, ako je osiguraniku usled neregno slučaja bila potrebna lekarska pomoć i ako je usled toga imao troškove lečenja, koji ne padaju na teret zdravstvenog osiguranja. f) Naknadu za bolnički dan ako je osiguranik usled nesrećnog slučaja boravio u ustanovi stacionarnog tipa. Pod ustanovom stacionarnog tipa podrazumevaju se traumatološke i druge bolnice (ortopedske, neurohirurške i sl.) koje primaju na lečenje osobe povređene usled nesrećnog slučaja i ustanove u kojima se sprovodi rehabilitacija. g) prelom kosti osiguraniha nastao kao posledica nesrećnog slučaja (nezgode) koji podrazumeva potpuni ili delimični prekid kontinuiteta kosti koji je nastao kao posledica mehaničke sile na kost (traumatski prelom), pri kome intenzitet mehaničke sile prelazi granicu fiziološke elastičnosti kostiju. Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu odnosno njen odgovarajući deo ili ugovorenu naknadu osiguraniku odnosno korisniku u roku od 14 dana, pošto obaveza osiguravača i visina obaveze budu utvrđeni.	
2.4. Isključenje u vezi sa rizicima koji su pokriveni osiguranjem Isključene su sve obaveze osiguravača za nesrećne slučajeve koji nastanu:	

- a) usled zemljotresa;
- b) usled ratnih događaja;
- c) usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u njima učestvovao po pozivu ovlašćenih organa RS ili je samoinicijativno preduzimao mere za zaštitu društvene imovine.

Isključena je obaveza osiguravača ako je nesrećni slučaj imao za posledicu prelom kosti koji je nastao pod dejstvom traume na patološki izmenjenu kost (patološki prelomi) u okviru sistemskih oboljenja, kao što su:

1. rahitis;
2. osteomalacija;
3. poremećaji metabolizma kalcijuma i fosfora i slična stanja, ili u okviru lokalnih koštanih oboljenja, kao što su koštane ciste;
4. primarni koštani tumori;
5. metastaze u kostima;
6. osteomijelitis;
7. ehinokokus;
8. koštana tuberkuloza;
9. druge bolesti kostiju

Kod osiguranika starijih od 14 godina, isključena je obaveza osiguravača za nesrećne slučajeve koji nastanu:

- usled zemljotresa, ratnih događaja i aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik učestvovao po pozivu ovlašćenih organa RS ili je samoinicijativno preduzimao mere za zaštitu društvene imovine;
- pri upravljanju avionom i letaćkim spravama svih vrsta, plovniim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane važeće isprave za upravljanje vrstom i tipom aviona, plovnog objekta, motornog i drugog vozila.

Odredbе o isključenju obaveze po ovoj tački neće se primenjivati kada neposedovanje propisane važeće isprave nije imalo uticaja na nastanak nesrećnog slučaja.

Smatra se da osiguranik poseduje propisanu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave preduzima vožnju uz neposredni nadzor lica, koje prema postojećim propisima može podučavati osiguranika;

- usled pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika bez obzira na razlog;
- usled toga što je ugovarač, korisnik ili osiguranik namerno prouzrokovao nesrećni slučaj, a ako je više korisnika, isključen je samo onaj korisnik koji je namerno prouzrokovao nesrećni slučaj.
- pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljenog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje, u tuči ili fizičkom obračunavanju osim dokazanog slučaja samoodbrane;
- usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola ili narkotičkog sredstva na osiguranika u trenutku nastanka nesrećnog slučaja; smatra se, ukoliko se ne dokaže suprotno, da je nesrećni slučaj nastao usled delovanja alkohola na osiguranika;
- ako je osiguranik kao vozač motornog vozila, ili prilikom drugih nesreća, u trenutku nastanka nesrećnog slučaja imao u krvi više od zakonom dozvoljene količine alkohola,
- ako je alkotest iskazao alkoholisanost, a osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stepen njegovog alkoholisanog stanja,
- ako odbije ili izbegne mogućnost utvrđivanja stepena njegovog alkoholisanog stanja.

Ugovor o osiguranju je ništavan, ako je u času njegovog zaključenja osigurani slučaj već nastao ili je bio u nastupanju ili je bilo izvesno da će nastupiti. Već uplaćena premija se u ovom slučaju vraća ugovaraču osiguranja.

Ne smatraju se nesrećnim slučajem ni u kom slučaju:

- 1) sve obične, zarazne i profesionalne bolesti;
- 2) bolesti nastale usled psihičkih uticaja;
- 3) trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, osim onih koje nastanu usled direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim delovanjem spoljašnje mehaničke sile, ukoliko je posle povrede pored hernije klinički verifikovana povreda nekih delova trbušne duplje u tom području;
- 4) infekcija i oboljenja koja nastanu usled raznih oblika alergije, usled rezanja ili kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože;
- 5) anafilaktički šok, osim kada nastupi pri lečenju usled nesrećnog slučaja;
- 6) hernije diski intervertebralis, sve vrste lumba-ligija, diskopatija, sakralgija, miofascitisa, koccigodinija, ishijalgija, fibrozitisa i sve izmene lumbalno-krsnog predela (segmenta) koje su označene analognim termi-nima;
- 7) odlepljenje mrežnjače (ablatio retinae) osim kada nastane posle neposredne povrede zdravog oka i ako je verifikovana u bolnici;
- 8) posledice medicinskih, naročito operativnih zahvata koji se preduzimaju radi lečenja ili sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posledica došlo usled doka-zane greške medicinskog osoblja (vitium artis);
- 9) patološke promene kostiju i patološke epifiziolize;
- 10) sistemske neuromuskulatorne bolesti i endokrine bolesti.

2.5 Plaćanje premije osiguranja

Ugovarač osiguranja plaća osiguravaču premiju osiguranja odjednom za celu godinu osiguranja.

Ugovarač je dužan da vodi evidenciju o uplaćenim premijama sa tačnim datumom uplate za pojedinog osiguranika i premiju šalje osiguravaču zajedno sa spiskom osiguranika.

Premija se plaća osiguravaču ili njegovom ovlašćenom organu ili se dostavlja putem pošte ili banke. Ako se premija plaća putem pošte, smatra se da je plaćena u 24,00 časa onoga dana kada je uplaćena na pošti. Ako se premija plaća virmanom putem banke, smatra se da je uplaćena 24,00 časa onoga dana kada je virnanski nalog predat banci.

Za svaki dan prekoračenja roka osiguravač može zaračunati zatezne kamate.

Ako ugovarač osiguranja dospelu premiju ne plati do ugovorenog roka niti to učini koja druga zainteresovana osoba, ugovor o osiguranju prestaje po isteku 30 dana od dana, kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premije s tim, da taj rok ne može isteći pre nego što protekne 30 dana od dospelosti premije.

Ugovor o osiguranju u svakom slučaju prestaje, ako premija nije plaćena u roku od godinu dana od dospelosti.

2.6 Vreme važenja ugovora o osiguranju

Ugovor o osiguranju se može zaključiti:

- na određeno trajanje - kratkoročno, godišnje ili višegodišnje;
- na neodređeno trajanje - dugoročno osiguranje.

Na polisi je označen dan početka osiguranja.

Osiguranje počinje u 24,00 časa onoga dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja i prestaje u 24,00 časa onoga dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

Ako je u polisi označen samo početak osiguranja, ono se produžava iz godine u godinu sve dok ga neka ugovorna strana ne otkaže. Osiguranje se može otkazati najmanje 3 meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.

Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od 5 godina, svaka strana može posle isteka ovog roka uz otkazni rok od 6 meseci, raskinuti ugovor, s tim da ovo pismeno saopšti drugoj strani.

Obaveza osiguravača za svakog pojedinog učenika, odnosno studenta počinje u 24,00 časa onoga dana kada je premija bila plaćena po upisnom listu, ali ne pre 24,00 časa onoga dana, koji je službeno određen za početak nove školske godine.

Obaveza osiguravača za svakog pojedinog osiguranika prestaje u 24,00 časa onoga dana kada osiguranik prestaje biti učenik, đak, odnosno student (završi školovanje, diplomira, napusti školu, bude isključen iz škole, mobilisan itd.).

Obaveza po osiguranju iz protekle školske godine prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 24,00 časa onoga dana kada je platio premiju za osiguranje za tekuću školsku godinu.

Ako osiguranik iz protekle školske godine ne plaća premiju za osiguranje za tekuću školsku godinu, obaveza osiguravača prestaje najkasnije u 24,00 časa 60-og dana posle službenog početka tekuće školske godine u odgovarajućoj školi. Odredbe ovog stava važe i u slučaju, ako je osiguranik iz protekle školske godine prešao u drugu školu istog ili višeg stepena.

Obaveza osiguravača za sve osiguranike prestaje u 24,00 časa dana prestanka osiguranja

Kada nastane nesrećni slučaj u osiguravač isplaćuje osigurane sume koje su ugovorene u ugovoru o osiguranju i to:

-za troškove sahrane ugovornu osiguranu sumu u slučaju smrti, ako je usled nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika, odnosno osiguranu sumu za slučaj invaliditeta ako je usled nesrećnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranika;

-procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta koji odgovara procentu delimičnog invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranika;

-dnevnu naknadu, ako je osiguranik usled nesrećnog slučaja bio privremeno nesposoban za školski rad.

-naknadu troškova lečenja prema, ako je osiguraniku usled nesrećnog slučaja bila potrebna lekarska pomoć i ako je usled toga imao troškove lečenja.

- jednokratnu isplatu naknade usled preloma kosti osiguranika, bez obzira na vrstu preloma, nastao kao posledica nesrećnog slučaja (nezgode) koji podrazumeva potpuni ili delimični prekid kontinuiteta kosti koji je nastao kao posledica mehaničke sile na kost (traumatski prelom), pri kome intenzitet mehaničke sile prelazi granicu fiziološke elastičnosti kostiju

Obaveza osiguravača za isplate po prethodnom stavu postoji, ako je nesrećni slučaj nastao za vreme trajanja osiguranja i to: u svakodnevnom normalnom životu osiguranika (kod kuće i izvan kuće, na putu, na igralištu, na izletu, na ekskurziji, na letovanju itd.).

Osiguravač isplaćuje 33% od iznosa kojeg bi morao platiti po odredbama prethodnog stava, ako nesrećni slučaj nastane pri upravljanju i vožnji avionom i letaćim spravama svih vrsta (osim u svojstvu putnika u javnom saobraćaju), pri sportskim skokovima padobranom, pri automobilskim, motociklističkim brzinskim trkama, moto-krosu, reliju i pri treningu za njih.

Osiguravač isplaćuje 66% od iznosa kojeg bi morao platiti prema odredbama prethodnog člana, ako nesrećni slučaj nastane pri treningu i učešću osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije sledećih sportskih grana: fudbal, hokej na ledu, džiju džicu, džudo, karate, boks, skijanje, ragbi, rvanje, skijaški skokovi i letovi, alpinistika i podvodni ribolov.

Ako usled nesrećnog slučaja umre osiguranik mlađi od 14 godina, Akcionarsko društvo isplaćuje za troškove pogreba u polisi navedenu sumu osiguranja za slučaj smrti.

Prijava nesrećnog slučaja

Osiguranik koji je usled nesrećnog slučaja povređen, dužan je:

1. da se prema mogućnosti odmah prijavi lekaru, odnosno da pozove lekara radi pregleda i pružanja pomoći, da bez oklevanja preduzme sve potrebne mere radi lečenja, kao i da se drži lekarskih saveta i uputa u pogledu načina lečenja;

2. da nesrećni slučaj pismeno prijavi osiguravaču odmah kada mu to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće;

3. da u prijavi nesrećnog slučaja osiguravaču navede sva potrebna obaveštenja i podatke, naročito o mestu i vremenu kada je nesrećni slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime lekara koji ga je pregledao ili koji ga leči, nalaz lekara o vrsti telesnih povreda, o nastalim i eventualnim posledicama kao i podatke o telesnim manama, nedostacima i bolestima koje je eventualno imao i pre nesrećnog slučaja.

Dužnosti iz tačke 2. i 3. ovog stava obavezuju i ugovarača i korisnika osiguranja.

- ✓ Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja je dužan da to odmah pismeno prijavi osiguravaču i pribavi potrebnu dokumentaciju.
- ✓ Za utvrđivanje važnih okolnosti koje su u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem, osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača, korisnika ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe traži i naknadna oba-veštenja.

Utvrđivanje prava korisnika

Ugovarač je dužan platiti ugovorenu osiguranu sumu, odnosno naknadu samo ako je nesrećni slučaj nastao za vreme trajanja osiguranja i ako su posledice nesrećnog slučaja koje su posebnim uslovima predviđene, bile medicinski utvrđene u roku godine dana od dana nesrećnog slučaja.

Ako je usled nesrećnog slučaja osiguranik umro, korisnik mora predložiti izvod iz matične knjige umrlih i dokaze da je smrt nastupila kao posledica nesrećnog slučaja. Ako lice koje se pojavljuje kao korisnik nije ugovorom o osiguranju kao takvo izričito navedeno, dužan je da podnese dokaz o svom pravu na prijem osigurane sume.

U slučaju invaliditeta usled nesrećnog slučaja osiguranik, odnosno njegov staratelj dužan je da podnese dokaze o ustaljenim posledicama za određivanje konačnog stepena trajnog invaliditeta (lekarski izveštaj o invaliditetu).

Konačni stepen invaliditeta određuje se prema Tabeli za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti usled nesrećnog slučaja, koja je sastavni deo Opštih uslova za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja. Ako neki oblik posledice ili gubitka pojedinih organa nije u Tabeli predviđen, stepen invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oblicima posledica ili gubitka koji su predviđeni u Tabeli.

Individualne sposobnosti, socijalni položaj, područje rada (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzima se u obzir pri određivanju stepena invaliditeta.

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

Ako zbir procenata invaliditeta za gubitak ili oštećenje više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja iznosi prema Tabeli preko 100%, osiguravač nije dužan isplatiti više od osigurane sume za slučaj potpunog invaliditeta.

Za višestruke povrede na istom ud ili organu usled jednog nesrećnog slučaja, osiguravač je dužan isplatiti najviše onaj procenat invaliditeta koji je u Tabeli određen za potpuni gubitak uda ili organa.

Ako je opšta radna sposobnost osiguranika bila umanjena već pre nesrećnog slučaja, obaveza osiguravača određuje se prema novom invaliditetu nezavisno od predašnjeg, izuzev u slučaju ako osiguranik izgubi ili povredi već od pre povređeni ud, organ ili zglobov.

Osiguravač je u obavezi u takvom slučaju samo za razliku između predašnjeg stepena invaliditeta i novog stepena invaliditeta, ali najviše za razliku do invaliditeta koji je u Tabeli predviđen za potpuni gubitak uda ili organa, odnosno ukočenosti zglobova.

Ako je osiguranik usled nesrećnog slučaja privremeno nesposoban za rad, dužan je da o tome podnese potvrdu lekara koji ga je lečio, sa potpunom dijagnozom.

Ova potvrda - izveštaj mora sadržati pored lekarskog nalaza i tačne podatke o tome kada je započelo lečenje i do kojeg dana je osiguranik bio nesposoban za školski rad.

Troškovi koji se odnose na dokazivanje nesrećnog slučaja kao i prava iz ugovora o osiguranju u smislu dobijanja lekarskih izveštaja; nalaza lekara specijaliste i sl. padaju na teret korisnika osiguranja.

Informacije o isplati osigurane sume

Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu, odnosno njen odgovarajući deo ili ugovorenu naknadu osiguraniku, odnosno korisniku u roku od 14 dana od dana kada je primio dokaze o postojanju i visini obaveze.

Ako se naknada iz osiguranja plaća putem pošte ili banke, smatra se da je isplata bila obavljena u 24,00 časova onoga dana kada je na poštu ili u banci bila potvrđena uplata.

Stepen invaliditeta određuje se posle završenog lečenja, kada u pogledu posledica nastupi stanje ustaljenosti, tj. kada se prema lekarskom predviđanju ne može očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku 3 godine od dana nesrećnog slučaja, kao konačno uzima se stanje kod isteka ovog roka i prema njemu se određuje stepen invaliditeta.

U međuvremenu dok nije moguće utvrditi stepen invaliditeta osiguranika, osiguravač je dužan isplatiti iznos koji nesporno odgovara procentu invaliditeta za koji se već tada može na osnovu medicinske dokumentacije utvrditi da će trajno ostati.

Ako osiguranik umre pre isteka godine dana od dana nesrećnog slučaja, a stepen invaliditeta je već bio ustanovljen, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za smrt, odnosno razliku između osigurane sume za slučaj smrti i iznosa koji je bio isplaćen pre toga na ime invaliditeta, ukoliko takva razlika postoji. Ako konačan stepen invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre usled istog nesrećnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume i eventualno već isplaćene akontacije za invaliditet, ali samo tada ako je osiguranik umro najkasnije u roku od 3 godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.

Ako osiguranik umre u roku od 3 godine od dana nesrećnog slučaja iz bilo kojeg drugog uzroka, osim uzroka navedenog u prethodnom stavu ovog člana, a stepen invaliditeta nije bio utvrđen, invaliditet se utvrđuje na temelju postojeće medicinske dokumentacije.

Ako nesrećni slučaj ima za posledicu osiguranikovu prolaznu nesposobnost za školski rad, a u ugovoru o osiguranju je ugovorena isplata dnevne naknade, osiguravač isplaćuje osiguraniku ovu naknadu u ugovorenoj visini od prvog dana kada je započelo lečenje kod lekara ili zdravstvene ustanove do poslednjeg dana trajanja nesposobnosti za školski rad. Dnevna naplata se može isplatiti najviše za:

- 21 kalendarski dan za prelom gornjih ekstremiteta,
- 30 kalendarskih dana ukoliko nema utvrđenog invaliditeta,
- 35 kalendarskih dana za prelom donjih ekstremiteta,
- 180 kalendarskih dana za višestruki prelom jedne kosti i
- 200 kalendarskih dana za sve ostale slučajeve.

Smatra se da je osiguranik nesposoban za školski rad kada usled nesrećnog slučaja ne može dolaziti u školu, odnosno pratiti predavanja, pisati, crtati i obavljati ostale zadatke.

Nepokretljivost pojedinih udova usled imobilizacije gipsom smatra se kao nesposobnost za školski rad i ako osiguranik u tom slučaju posećuje školu.

Privremeno oslobađanje od fiskulturnih vežbi u okviru školske nastave ne smatra se kao nesposobnost za školski rad i ne daje pravo na primanje dnevne naknade. U slučaju prolazne nesposobnosti za vreme školskog raspusta za isplatu dnevne naknade merodavna je ocena lekara o tome, da li bi osiguranik bio sposoban za onaj redovni školski rad koji je obavljao pre školskog raspusta.

Dnevna naknada isplaćuje se posle završenog lečenja na osnovu lekarske potvrde. Može se isplatiti i samo na osnovu službene potvrde škole, u kojoj mora biti navedeno koliko vremena osiguranik nije dolazio u školu, ali samo u slučaju ako je nesposobnost za školski rad trajala najviše 30 dana.

Ako je prolazna nesposobnost za školski rad bila produžena iz bilo kojih drugih zdravstvenih razloga, osiguravač je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za vreme trajanja nesposobnosti za školski rad pro-uzrokovane isključivo nesrećnim slučajem.

Ako nesrećni slučaj ima za posledicu narušenje zdravlja osiguranika koji zahteva lekarsku pomoć, a ugovorom o osiguranju je ugovorena naknada troškova lečenja, osiguravač isplaćuje korisniku bez obzira na to da li ima i kakvih drugih posledica prema podnesenim dokazima naknadu svih stvarnih i nužnih troškova lečenja, a najviše do sume navedene u polisi.

U troškove lečenja po prethodnom stavu spada i nabavka veštačkih udova i zamena zuba kao i nabavka ostalih pomagala, ako je sve to potrebno prema oceni lekara, u odgovarajućim zdravstvenim ustanovama izuzev zdravstvenih ustanova u privatnom vlasništvu.

Osiguravač je dužan isplatiti samo troškove lečenja, koje je snosio sam osiguranik. Ako nesrećni slučaj ima za posledicu smrt osiguranika ili invaliditet, osiguravač isplaćuje korisniku ceo iznos osigurane sume, ugovorene za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za prolaznu nesposobnost za rad i isplaćuje naknadu troškova lečenja.

- ✓ U slučaju osiguranikove smrti za pogrebne troškove isplaćuje se ugovorena osigurana suma za slučaj smrti njegovim roditeljima, a ako nema roditelja licu koje dokaže da je platilo troškove pogreba.
- ✓ U slučaju invaliditeta korisnik je osiguranik.
- ✓ U slučaju prolazne nesposobnosti za školski rad korisnik je osiguranik.
- ✓ U slučaju naknade troškova lečenja korisnik je osiguranik, odnosno lice koje dokaže da je platilo pomenute troškove.
- ✓ Ako je korisnik osiguranja maloletno lice, isplata osigurane sume, dnevne naknade, odnosno naknade troškova lečenje, izvršiće se njegovim roditeljima, odnosno starateljima.
- ✓ Osiguravač može od ovih lica zahtevati da u tu svrhu podnesu ovlašćenje od nadležnog organa starateljstva.
- ✓ Osiguravač i osiguranik ili ugovarač, odnosno korisnik imaju pravo zahtevati da o određenim spornim činjenicama u pogledu vrste i obima posledica nesrećnog slučaja, odnosno u pogledu toga da li je i u kom pogledu povreda osiguranika u uzročnoj vezi sa nesrećnim slučajem, odluče lekari - veštaci.
- ✓ Jednog veštaka imenuje osiguravač, a drugog su-protna strana.
- ✓ Pre veštačenja ova dvojica veštaka biraju trećeg veštaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u slučaju ako su konstatacije prve dvojice veštaka različite i to samo u granicama njihovih konstatacija.
- ✓ Svaka strana plaća troškove veštaka kojeg je imenovala.
- ✓ Troškove trećem veštaku plaćaju obe strane zajedno.

2.6. Visina i način plaćanja premije osiguranja	Visina i način plaćanja premije osiguranja je prikazan u Ponudi osiguranja
2.7. Visina doprinosa, poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja	Doprinosi: ne postoje Porezi: 0 Drugi troškovi: ne postoje
2.8. Ukupan iznos plaćanja (2.4. i 2.5)	Ukupan iznos plaćanja je prikazan u Ponudi osiguranja
2.9. Vreme važenja ugovora	Ugovor o osiguranju važi godinu dana, ukoliko nije drugačije ugovoreno

B. DRUGA PRAVA I OBAVEZE IZ UGOVORA

2.10. Pravo na raskid ugovora i uslovi za raskid, odnosno pravo na odustanak od ugovora

Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina svaka strana može, po isteku ovog roka, uz otkazni rok od šest meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

Ako rok trajanja osiguranja nije određen ugovorom, svaka strana može raskinuti ugovor s danom isteka tekuće godine osiguranja, obaveštavajući pismenim putem drugu ugovornu stranu, najkasnije tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja. U tom slučaju, ugovor o osiguranju prestaje istekom 24 (dvadesetčetvrtog) časa poslednjeg dana tekuće godine osiguranja.

Ugovorom se ne može isključiti pravo svake strane da raskine ugovor kako je prethodno navedeno. Ako ugovarač osiguranja-osiguranik premiju koje je dospela za naplatu ne plati po dospelosti, niti to učini bilo koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku roka od 30 (trideset) dana od dana kada je ugovaraču osiguranja-osiguraniku uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premije s tim da taj rok ne može isteći pre nego što protekne 30 (trideset) dana od dospelosti premije osiguranja na plaćanje.

U svakom slučaju, ugovor o osiguranju – polisa prestaje ako premija ne bude plaćena u roku od godinu dana od dana dospelosti premije osiguranja na plaćanje.

2.11. Rok u kojem ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Ugovor o osiguranju smatra se zaključenim kad ugovarači potpišu list pokrića ili polisu osiguranja. Pismena ponuda učinjena Ugovaraču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponuđača, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kad je ponuda prispela Ugovaraču. Ponuđač u tom roku ima pravo i na opoziv ponude.

Ako Ugovarač u tom roku ne prihvati ponudu, koja ne odstupa od uslova pod kojima Osiguravač vrši predloženo osiguranje, smatra se da ponuda nije prihvaćena.

Ako Ugovarač povodom primljene ponude, zatraži neku dopunu ili izmenu, kao dan prijema zahteva za ponudu smatraće se dan kad Osiguravač primi traženu dopunu ili izmenu.

2.12. Način i rok podnošenja odštetnog zahteva, odnosno ostvarivanja prava po osnovu osiguranja

Prijava štete vrši se:

- dostavljanjem prijave u slobodnoj formi,
- popunjavanjem odgovarajućeg predštampanog obrasca u zavisnosti od vrste osiguranja i verifikovanjem istog od strane podnosioca prijave.

Podaci u prijavi pre svega obuhvataju osnovne podatke o ugovaraču osiguranja, osiguraniku, oštećenom, sa naznakom broja odgovarajuće polise, navedenim uzrokom i približnom visinom štete ukoliko se može iskazati pri prijavi štete.

Odštetni zahtev se može podneti poštom, telegramom, telefaksom, elektronskom poštom ili neposredno u poslovnim prostorijama Osiguravača.

Odštetni zahtevi učinjeni usmeno i telefonom moraju se potvrditi pismeno. Odštetni zahtevi dostavljeni u pismenoj formi moraju se overiti datumom o danu prijema.

Zaposleni zadužen za prijem odštetnih zahteva dužan je da podnosiocu prijave pruži neophodnu stručnu pomoć pri davanju odgovora na pitanja u odštetnom zahtevu i da mu saopšti način i vreme u kom može dobiti informacije o toku rešavanja štete.

Osiguranik je dužan, obavestiti Osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja u roku od tri dana od kada je to saznao.

Ako on ne izvrši ovu svoju obavezu u određeno vreme, dužan je naknaditi Osiguravaču štetu koju bi ovaj zbog toga imao.

Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguravač je dužan isplatiti naknadu ili svotu određenu ugovorom u ugovorenom roku koji ne može biti duži od 14 dana, računajući od dana kada je Osiguravač dobio obaveštenje da se osigurani slučaj dogodio.

Ali ako je za utvrđivanje postojanja Osiguravačeve obaveze ili njenog iznosa potrebno izvesno vreme, ovaj rok počinje teći od dana kada je utvrđeno postojanje njegove obaveze i njen iznos, odnosno od dana kompletiranja odštetnog zahteva.

Ako iznos Osiguravačeve obaveze ne bude utvrđen u navedenom roku Osiguravač je dužan, na zahtev ovlašćenog lica, isplatiti iznos nespornog dela svoje obaveze na ime predujma.

2.13. Način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod društva za osiguranje

Korisnik usluga osiguranja može podneti Prigovor Društvu zbog povrede prava ili interesa u vezi s njegovim radom, a naročito u vezi sa postupanjem Društva ili lica koje za društvo obavlja poslove zastupanja u osiguranju, odnosno odlučivanjem Društva u vezi sa ugovorom o osiguranju ili njegovim izvršavanjem.

Prigovor Društvu za osiguranje u pismenoj formi može se podneti:

- u poslovnim prostorijama Društva, kao i u svakoj drugoj poslovnoj prostoriji u kojoj Društvo nudi Korisnicima usluge osiguranja ili
- poštom na adresu: Globos osiguranje ado Beograd Bulevar Mihaila Pupina 165d, 11070 Novi Beograd ili Bulevar Mihajla Pupina 14, 21000 Novi Sad
- elektronskom poštom na adresu prigovori@globos.rs

Prigovor Društvu za osiguranje se podnosi u slobodnoj formi, a mora da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- ime, prezime i adresu podnosioca prigovora ako je reč o fizičkom licu, odnosno poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica, odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor podnosi u ime i za račun pravnog lica;
- razloge za prigovor i zahteve njegovog podnosioca;
- dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
- datum podnošenja prigovora;
- potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi;
- uz prigovor koji se dostavlja preko punomoćnika, dostavlja se i posebno punomoćje kojim korisnik ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad Društva i da preduzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim korisnik daje odobrenje da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se donose na njega a predstavljaju podatke o ličnosti u smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajne podatke u smislu drugih zakona, odnosno propisa. Društvo je dužno da podnosioca prigovora, na njegov zahtev, obavesti o toku postupka po prigovoru. Ako Korisnik usluge osiguranja namerava da podnese prigovor usmeno, Društvo je dužno da ga upozori da ono nije obavezno da razmatra usmeni prigovor, kao i da ga pouči o načinu na koji se prigovor može podneti.

Društvo je dužno da u slučaju podnošenja pisanog prigovora, na zahtev Korisnika usluga osiguranja izda potvrdu o prijemu prigovora, s naznakom mesta i vremena prijema, kao i lica zaposlenog kod Društva koje je prigovor primilo. Kada je prigovor podnet usmeno korišćenjem telefona - Društvo je dužno da taj prigovor evidentira, unošenjem u odgovarajuću evidenciju podataka o korisniku, sadržini prigovora, kao i datumu i vremenu prijema prigovora. Ako je korisnik podneo prigovor preko internet prezentacije, imejlom ili na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku, Društvo je dužno da imejlom ili na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku odmah potvrdi prijem prigovora.

Društvo je dužno da razmotri prigovor i da korisniku dostavi pismeni odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. U slučaju da Društvo ne može da dostavi odgovor u roku od 15 dana, iz razloga koji ne zavise od njegove volje, navedeni rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu je Društvo dužno da pismeno obavesti Korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Obaveštenje mora da sadrži razloge zbog kojih nije moguće dostaviti odgovor u roku, kao i krajnji rok u kome će odgovor biti dostavljen.

Društvo odgovor na prigovor korisniku dostavlja u pismenoj formi, poštom ili u formi elektronskog dokumenta, imejlom, na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku ili putem internet prezentacije Društva, koji omogućava da se utvrde datum i vreme prijema odgovora i njegova sadržina, kao i ako se korisnik sa ovakvim načinom dostavljanja u elektronskom obliku izričito saglasio. Društvo može odgovor na prigovor da dostavi poštom u obliku odštampanog primerka elektronskog dokumenta (kopija elektronskog dokumenta na papiru), a korisnik nakon toga ima parvo da zahteva da mu se dostavi originalni primerak elektronskog dokumenta ili njegova overena kopija koja sadrži kvalifikovani elektronski potis ovlašćenog lica Društva ili kvalifikovani elektronski pečat. Ako Društvo oceni prigovor kao osnovan, obavestiće podnosioca prigovora o tome da su razlozi zbog kojih je prigovor uložen otklonjeni, odnosno o roku za njihovo otklanjanje i o merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje. Društvo neće Korisniku usluge osiguranja naplatiti naknadu niti bilo koje druge troškove za postupanje po prigovoru.

2.14 Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za poslovanje osiguravača i način zaštite prava i interesa ugovarača osiguranja kod tog organa

Nadzorni organ nad poslovanjem društva - Narodna banka Srbije, Kralja Petra 12, 11000 Beograd.

Ako je nezadovoljan odgovorom na prigovor ili mu taj odgovor nije dostavljen u predviđenom roku navednom u ovoj Informaciji, korisnik

može u pisanoj formi, pre pokretanja sudskog spora, Narodnoj banci Srbije (u daljem tekstu NBS) podneti predlog za posredovanje ili prigovor na rad Društva:

- preko internet prezentacije Narodne banke Srbije kojima se pristupa klikom na tekst Podnesite pritužbu/prigovor na rad davaoca finansijskih usluga/predlog za posredovanje.

- putem pošte na adresu: Narodna banka Srbije, Poštanski fah 712, 11000 Beograd

Nakon što pokrene postupak posredovanja korisnik ne može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije, osim u slučaju da je taj postupak okončan obustavom ili odustankom.

Prigovor mora da sadrži podatke koji omogućavaju identifikaciju korisnika (ime, prezime i adresa, odnosno za pravna lica poslovno ime, sedište, matični broj i ime i prezime zakonskog zastupnika) i davaoca usluga (poslovno ime i sedište), utvrđivanje odnosa korisnika s davaocem usluga, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva.

Rok za podnošenje prigovora NBS je šest meseci od dana prijema odgovora Društva ili proteka roka za dostavljanje odgovora. Korisnik usluge osiguranja, uz prigovor na rad Društva, NBS dostavlja prigovor koji je dostavio Društvu za osiguranje, njegov odgovor (ako ga je davalac dostavio) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora Narodnoj banci Srbije mogu ceniti.

2.15. Obrada i čuvanje ličnih podataka

Informacije o obradi podataka o ličnosti, dostupne su na internet stranici www.globos.rs

Osiguravač dostavlja Informacije o obradi podataka o ličnosti uz ponudu/polisu osiguranja

Svojim potpisom ugovarač osiguranja/osiguranik potvrđuje da je prethodno upoznat sa tekstem i sadržajem Informacija o obradi podataka o ličnosti, kao i obavezom Osiguravača da se prema preuzetim podacima odnosi u skladu sa Zakonom o obradi podataka o ličnosti („Službeni glasnik RS” 87/2018-54).

ZAKLJUČENJE UGOVORA PREKO ZASTUPNIKA U OSIGURANJU

U slučaju zaključenja ugovora o osiguranju preko zastupnika u osiguranju, imate pravo, a taj zastupnik obavezu, da Vam pored ovog obrasca uruči i obrazac „Informacija o zastupniku u osiguranju“.