

USLOVI ZA OSIGURANJE ČLANOVA DOMAĆINSTVA

Na osnovu člana 11.2.1 i člana 11.3.2 Statuta „Wiener Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd broj 12197 od 27.01.2014. godine, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Izvršni odbor „Wiener Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd, dana 04.12.2015. godine, doneo je sledeće uslove:

USLOVI ZA OSIGURANJE ČLANOVA DOMAĆINSTVA

I. OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Uslovi za osiguranje članova domaćinstva (u daljem tekstu: Uslovi) čine sastavni deo ugovora o osiguranju.

Pojedini izrazi u ovim Uslovima znače:

- **Osiguravač:** Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd;
- **Ugovarač osiguranja:** lice koje sa osiguravačem sklopi Ugovor o osiguranju;
- **Osiguranik:** lice od čije smrti ili invaliditeta zavisi isplata osigurane sume;
- **Polisa:** isprava (na obrascu koji utvrđuje osiguravač) o zaključenom Ugovoru o osiguranju;
- **Premija:** novčani iznos koji je ugovarač osiguranja dužan platiti osiguravaču za ugovoreno osiguranje;
- **Osigurana suma:** najveći iznos koji je osiguravač dužan da isplati kada nastupi osigurani slučaj.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 2.

Ugovor o osiguranju je zaključen kada ugovorne strane potpišu polisu osiguranja.

Sastavni deo ugovora o osiguranju čini spisak osiguranih članova domaćinstva koji mora biti potpisan od strane ugovarača osiguranja i osiguravača i priložen uz ugovor o osiguranju.

Ukoliko u toku trajanja zaključenog ugovora o osiguranju dođe do povećanja broja članova domaćinstva koji prema odredbama ovih Uslova imaju sposobnost za osiguranje, ugovarač osiguranja je obavezan da za svakog takvog člana odmah ugovori osiguranje za period od dana sticanja statusa člana domaćinstva do dana isteka zaključenog ugovora o osiguranju.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 3.

Ukoliko drugačije nije ugovoreno, osiguranje počinje 24.00 sata onog dana koji je u polisi označen kao dan početka osiguranja, ali ne pre 24.00 sata onog dana kada je plaćena prva premija odnosno prva rata premije osiguranja.

Izuzetno od prethodnog stava, za novoprimitljenog člana domaćinstva počinje u 24.00 sata onog dana kada je osiguravač primio obavještenje o pristupanju i plaćenju premiji.

Bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja, osiguranje za svakog pojedinog osiguranika prestaje u 24.00 sata onog dana koji je naveden u polisi kao istek osiguranja, odnosno u 24.00 sata onog

dana kada je ugovor o osiguranju prestao da važi po bilo kom drugom odnosu, odnosno kada:

1. nastupi smrt osiguranika ili bude ustanovljen 100% invaliditet osiguranika (za sekciju I),
2. osiguranik postane poslovno nesposoban,
3. ugovor o osiguranju bude raskinut,
4. istekne godina osiguranja u kojoj je osiguranik navršio 75 godina života.

SEKCIJE OSIGURANJA

Član 4.

U skladu sa odredbama ovih Uslova, za članove domaćinstva može se ugovoriti osiguranje prema sledećim sekcijama:

- Sekcija I: osiguranje članova domaćinstva od posledica nesrećnog slučaja (nezgode);
- Sekcija II: osiguranje članova domaćinstva za slučaj smrti kao posledice bolesti.

Sekcija II može se ugovoriti samo u kombinaciji sa Sekcijom I.

UGOVARANJE PREMIJE I OSIGURANIH SUMA

Član 5.

Visinu osiguranih suma i premije osiguranja sporazumno utvrđuju osiguravač i ugovarač osiguranja.

Ugovorene osigurane sume iz prethodnog stava su fiksne i ne revalorizuju se u toku trajanja ugovora o osiguranju, ukoliko se to posebno ne ugovori na početku ili u toku trajanja ugovora o osiguranju.

PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

Član 6.

Ako nije drugačije ugovoreno, Ugovarač osiguranja je u obavezi da godišnju premiju plati odjednom pre početka osiguranja.

Osiguravaču pripada premija osiguranja za celu godinu trajanja osiguranja i u slučajevima u kojima je osiguranje prestalo pre isteka tekuće godine trajanja osiguranja zbog smrti osiguranika ili isplate ugovorene osigurane sume u slučaju nastanka 100% invaliditeta. U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju pre ugovorenog roka, osiguravaču pripada premija samo za period do prestanka ugovora o osiguranju.

Osiguravač ima pravo da sve premije iz tekuće godine osiguranja naplati prilikom bilo koje isplate naknade iz osiguranja.

Premija se plaća osiguravaču putem pošte ili banke i smatra se da je plaćena onog dana kada je uplaćena na pošti, odnosno banci.

II. SEKCIJA I OSIGURANJE ČLANOVA DOMAĆINSTVA OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE)

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 7.

Prema ovoj Sekciji osiguravaju se svi članovi jednog domaćinstva ili svi članovi više domaćinstava uz navođenje imena i prezimena osiguranika.

Članom domaćinstva smatra se: bračni drug, deca i ostali članovi zajedničkog domaćinstva koji imaju prijavljeno prebivalište na adresi naznačenoj u ispravi o zaključenom osiguranju.

Domaćinstvom se smatra svaka porodica ili druga zajednica lica čiji članovi zajedno stanuju i zajednički troše svoje prihode. Lica iz stava 2. ovog člana koja privremeno stanuju u drugom mestu (na školovanju, vojna lica, lica na privremenom radu itd.) smatraju se članovima domaćinstva u smislu ovih Uslova.

Osiguranjem mogu biti obuhvaćeni svi članovi domaćinstva do navršениh 75 godina života.

Lica koja se osiguravaju po ovim Uslovima osigurana su bez obzira na njihovo zdravstveno stanje i opštu radnu sposobnost.

Izuzetno od odredaba iz stava 4. i stava 5. ovog člana lica mlađa od 14 godina i poslovno nesposobna lica nisu obuhvaćena osiguranjem za slučaj smrti koja nastupi kao posledica nesrećnog slučaja (nezgode).

Ukoliko član domaćinstva u toku trajanja osiguranja navrší 14 godina, odnosno stekne poslovnu sposobnost, po automatizmu će biti obuhvaćen osiguranjem za slučaj smrti koja nastupi kao posledica nesrećnog slučaja (nezgode).

OSIGURANI SLUČAJEVI

Član 8.

Prema ovoj Sekciji članovi domaćinstva sposobni za osiguranje, osigurani su za slučaj:

- smrti koja nastupi kao posledica nesrećnog slučaja;
- trajnog invaliditeta koji nastupi kao posledica nesrećnog slučaja.

POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

Član 9.

Nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt, potpuni ili delimični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć.

U smislu prethodnog stava, nesrećnim slučajem smatraju se događaji koji nastanu usled:

1. gaženja,
2. sudara,
3. udara kakvim predmetom ili o kakav predmet,
4. udara električne struje ili groma,
5. pada, okliznuća ili survavanja,
6. ranjavanja oružjem, eksplozivnim sredstvima ili raznim drugim predmetima,
7. uboda kakvim predmetom,

8. udara ili ujeda životinja i uboda insekata (izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest)
9. trovanja hranom koje za posledicu ima smrt osiguranika,
10. infekcija povrede prouzrokovane nezgodom,
11. trovanja usled udisanja gasova ili otrovnih para (izuzev profesionalnih oboljenja),
12. opekotina izazvanih vatrom, elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, bazama, kiselinama i sl,
13. davljenja ili utapanja,
14. gušenja ili ugušenja usled zatrpavanja zemljom, peskom i sl,
15. prsnuća mišića, iščašenja, prsnuća zglobnih veza, preloma zdravih kostiju koji nastaju usled telesnih pokreta ili iznenadnih naprežanja izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajem, a ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi,
16. delovanja svetlosnih ili sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena kojima je osiguranik bio izložen usled jednog, neposredno pre toga nastalog nesrećnog slučaja ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao sprečiti ili im je bio izložen usled spašavanja ljudskog života,
17. delovanja rendgenskih i radijumskih zraka ako do tog dođe naglo i iznenada (izuzev profesionalnih oboljenja).

Ne smatraju se nesrećnim slučajem u smislu odredbi ovih Uslova:

1. sve zarazne, profesionalne i ostale bolesti, kao i posledice psihičkih uticaja
2. trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile (osim onih koje nastanu zbog direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim delovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je posle povrede utvrđena traumatska hernija kod koje je medicinski, osim hernije, utvrđena i povreda nekih delova trbušnog zida u tom području)
3. infekcije ili oboljenja koja nastanu zbog raznih oblika alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože,
4. anafilaktički šok (osim ako nastupi prilikom lečenja od nastalog nesrećnog slučaja)
5. hernia disci intervertebralis, sve vrste lumbagija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kokciogodinija, išijalgija, fibrozitis i sve promene slabinsko-krsne regije označene analognim terminima,
6. odlepljenje mrežnjače (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promenjenog oka (osim odlepljenje mrežnjače prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi direktne spoljne ozlede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi)
7. posledice koje nastanu kod osiguranika zbog delirijum tremensa i delovanja droge,
8. posledica medicinskih, naročito operativnih zahteva koji se preduzimaju radi lečenja ili radi sprečavanja bolesti (osim ako je do tih posledica došlo dokazanom greškom medicinskog osoblja (vitium artis))
9. patološke promene kostiju i patološke epifiziolize,
10. sistemske neuromuskulatorne bolesti i endokrine bolesti.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 10.

Kada nastane osigurani slučaj u smislu ove Sekcije, osiguravač isplaćuje iznose utvrđene ugovorom o osiguranju, i to:

- osiguranu sumu za slučaj smrti, ako je usled nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika;
- osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja kod osiguranika nastupio potpuni invaliditet - 100% invaliditet osiguranika;
- procenat od osigurane sume koji odgovara procentu delimičnog invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja kod osiguranika nastupio delimični invaliditet.

UTVRĐIVANJE PRAVA NA NAKNADU IZ OSIGURANJA

Član 11.

Ako je usled nesrećnog slučaja osiguranik umro, korisnik osiguranja je u obavezi da podnese dokaze o osiguranju, kao i dokaz da je smrt nastupila kao posledica nesrećnog slučaja. Korisnik koji nije izričito određen u ugovoru o osiguranju, u obavezi je da pored navedene dokumentacije, podnese i dokaz o svom pravu na prijem osigurane sume.

Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu invaliditet, osiguranik je u obavezi da podnese: dokaz o osiguranju, izjavu o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja, kao i medicinsku dokumentaciju na osnovu koje se može odrediti konačni procenat trajnog invaliditeta.

Konačni procenat trajnog invaliditeta određuje osiguravač prema Tabeli za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) kao posledice nesrećnog slučaja (u daljem tekstu Tabela invaliditeta). Ako pojedine posledice nesrećnog slučaja nisu predviđene Tabelom invaliditeta, procenat invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koja su predviđena u Tabeli invaliditeta.

Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzima se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.

Ako kod osiguranika nastupe višestruke povrede na istom udu, kičmi ili organu, kao posledica neke od osiguranih opasnosti, osiguravač ukupni invaliditet određuje tako što se za najveću posledicu oštećenja uzima ceo procenat predviđen Tabelom invaliditeta, od sledećeg najvećeg oštećenja uzima se polovina procenta predviđenog Tabelom invaliditeta itd. redom 1/4, 1/8 itd. Ukupan procenat ne može premašiti procenat koji je određen Tabelom invaliditeta za potpuni gubitak tog uda ili organa. Posledice povrede prstiju sabiraju se bez primene gornjeg principa, uz uvažavanje posebnih uslova u Tabeli invaliditeta.

U slučaju gubitka više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja, procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ sabiraju se. Ako tako zbir iznosi više od 100%, osiguraniku se isplaćuje iznos ugovorene osigurane sume za slučaj potpunog invaliditeta.

U slučajevima u kojima je kod osiguranika postojao trajni gubitak opšte radne sposobnosti, odnosno invaliditet, pre zaključenja ugovora o osiguranju i nastupanja osigurane opasnosti po ovim Uslovima, osiguravač je dužan da utvrdi procenat trajnog gubitka opšte radne sposobnosti prema Tabeli invaliditeta iz ovih Uslova nezavisno od procenta koji je prethodno postojao.

Izuzetno od odredaba iz prethodnog stava, osiguravač je dužan da osiguraniku utvrdi i prizna procenat trajnog gubitka opšte radne sposobnosti koji predstavlja razliku između ukupnog procenta i procenta koji je posledica ranije zadobijenih povreda, ako osiguranik izgubi ili povredi ranije povređeni ud, organ ili zglob, s tim što ta razlika ne može da se utvrdi i prizna u procentu većem od procenta utvrđenog Tabelom invaliditeta iz ovih Uslova za potpuni gubitak povređenog uda, organa ili ukočenog zgloba.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 12.

Osiguravač je u obavezi da osiguraniku odnosno korisniku osiguranja, isplati osiguranu sumu odnosno odgovarajući procenat osigurane sume u roku od 14 dana, računajući od dana kad je osiguravač utvrdio svoju obavezu i njenu visinu.

Ako je za utvrđivanje visine obaveze osiguravača potrebno određeno vreme, osiguravač je u obavezi da na zahtev osiguranika isplati

iznos koji odgovara procentu invaliditeta za koji se može nesporno utvrditi, na osnovu medicinske dokumentacije, da će trajno ostati.

Ako osiguravač ne izvrši isplatu u predviđenom roku, korisnik ima pravo na zateznu kamatu u visini koja je u skladu sa važećim zakonskim propisima.

Procenat invaliditeta određuje se prema Tabeli invaliditeta i to posle završenog lečenja u vreme kada je kod osiguranika, u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posledice, nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema lekarskom predviđanju ne može očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja, kao konačno uzima se stanje u trenutku isteka ovog roka i prema njemu se određuje procenat invaliditeta.

Osiguravač neće isplatiti akontaciju pre nego što se utvrdi njegova obaveza, s obzirom na okolnosti nastanka nesrećnog slučaja.

Ako osiguranik umre pre isteka godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja od posledica tog nesrećnog slučaja, a konačni procenat invaliditeta je već bio utvrđen, osiguravač isplaćuje iznos koji je bio određen za slučaj smrti, odnosno razliku između osigurane sume za slučaj smrti i iznosa koji je bio isplaćen pre toga na ime invaliditeta, ukoliko takva razlika postoji.

Ako procenat 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 isplaćenog nespornog dela (akontacija), ali samo ako je osiguranik umro najkasnije u roku od tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.

Ako pre utvrđenog procenta invaliditeta u roku od 3 godine od nastanka nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika iz bilo kog drugog uzroka osim navedenog u prethodnom stavu, visina obaveze osiguravača iz osnova invaliditeta utvrđuje se na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 13.

Isključene su sve obaveze osiguravača ako je nesrećni slučaj nastao:

1. usled zemljotresa,
2. usled ratnih događaja ili oružanih akcija, osim osiguranikovog učešća u istima po svom zanimanju ili po pozivu ovlašćenih državnih organa,
3. usled događaja koji se direktno pripisuju ratu, invaziji, oružanim sukobima, građanskom ratu, ustanku, pobuni ili revoluciji,
4. usled terorizma, pod čim se podrazumeva svaki akt nasilja preduzet u nameri da se naškodi nekoj državi, međunarodnoj organizaciji ili političkom pokretu. Akt nasilja može se ogledati u prouzrokovanju požara, prouzrokovanju eksplozije ili rušenja, izvršenju otmice lica, izazivanju opasnosti za život ljudi i imovinu preduzimanjem kakve druge opšteopasne radnje ili upotrebom opšteopasnog sredstva, i sl. kojim se stvara osećanje nesigurnosti kod građana,
5. pri upravljanju vazduhoplovima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazduhoplova, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Odredbe tačke 5. ovog stava neće se primenjivati u slučaju kada neposredovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastanak nesrećnog slučaja. Smatra se da osiguranik poseduje propisanu službenu vozačku ispravu kada, radi pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave, koristi vozilo uz neposredan nadzor službeno ovlašćenog lica.
6. usled pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga,

7. usled toga što je ugovarač osiguranja, osiguranik ili korisnik namerno prouzrokovao nesrećni slučaj,
 8. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje,
 9. usled dokazne uzročne veze delovanja narkotičnih sredstava ili alkoholisanog stanja osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja.
- Smatra se da je osiguranik u alkoholisanom stanju ako se utvrdi prisustvo alkohola u krvi više od 6,48 mil. mola (0,30‰) kod vozača, a kod ostalih osiguranika više od 21,6 mil. mola (1‰),
10. pri upravljanju i vožnji avionom i drugim vazduhoplovima svih vrsta, osim u slučaju kada se osiguranik nalazi u svojstvu putnika u javnom vazdušnom prevozu;
 11. pri sportskim skokovima padobranom;
 12. pri treningu i učešću osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije u sledećim sportskim granama: fudbal, hokej na ledu, džiu-džica, džudo, karate, boks, skijanje, ragbi, rvanje, skijaški skokovi, alpinizam, speleološke aktivnosti, podvodni ribolov, automobilske i motociklističke brzinske trke, motokros, gocard;

Ugovor o osiguranju je ništav ako je u času njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj, ili je bio u nastupanju, ili je bilo izvesno da će nastupiti, ili ako je već tada bila prestala mogućnost da on nastane. U ovim slučajevima uplaćena premija se vraća ugovaraču.

PRIJAVA NESREĆNOG SLUČAJA *Član 14.*

Osiguranik koji je usled nesrećnog slučaja povređen u obavezi je:

1. da se prema mogućnostima odmah, u roku od 5 dana, prijavi lekaru, odnosno pozove lekara radi pregleda i pružanja pomoći i da odmah preduzme sve potrebne mere radi lečenja, kao i da se pridržava lekarskih saveta i uputstava u pogledu načina lečenja;
2. da o nesrećnom slučaju pismeno obavesti osiguravača, čim to prema zdravstvenom stanju bude moguće;
3. da uz prijavu o nesrećnom slučaju pruži osiguravaču sva potrebna obaveštenja i podatke o mestu i vremenu nastanka nesrećnog slučaja, potpuni opis događaja, ime lekara koji ga je pregledao ili koji ga leči, nalaze lekara o vrsti telesne povrede, o nastalim eventualnim posledicama, kao i podatke o telesnim manama, nedostacima i bolestima, koje je osiguranik eventualno imao i pre nastanka nesrećnog slučaja.

Ako je korisnik osiguranja maloletno lice, isplata osigurane sume i naknada osiguranja izvršiće se njegovim roditeljima, odnosno staratelju, a osiguravač ima pravo da od ovih lica zahteva da prethodno pribave ovlašćenje od nadležnog organa za prijem pripadajućeg iznosa osigurane sume, odnosno naknade.

ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA *Član 15.*

Korisnik za slučaj smrti osiguranika određen je u polisi osiguranja. Ako u polisi ili u posebnim odredbama uz ove Uslove nije drugačije ili nije ništa predviđeno, korisnicima osiguranja za slučaj osiguranikove smrti smatraju se:

1. osiguranikova deca i bračni drug na jednake delove, a ako deca nisu u životu, njihovi potomci po pravu predstavljanja;
2. ako nema dece ni njihovih potomaka, bračni drug na jednu polovinu, a roditelji na drugu;
3. ako nema ni bračnog druga, samo roditelji;
4. ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama, ostali zakonski naslednici na osnovu sudske odluke.

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

U slučaju invaliditeta korisnik je sam osiguranik.

III. SEKCIJA II **OSIGURANJE ČLANOVA DOMAČINSTVA ZA SLUČAJ** **SMRTI KAO POSLEDICE BOLESTI**

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE *Član 16.*

Prema ovoj sekciji osiguravaju se svi članovi jednog domaćinstva ili svi članovi više domaćinstava uz navođenje imena i prezimena osiguranika.

Članom domaćinstva smatra se: bračni drug, deca i ostali članovi zajedničkog domaćinstva koji imaju prijavljeno prebivalište na adresi naznačenoj u ispravi o zaključenom osiguranju.

Osiguranjem mogu biti obuhvaćeni svi poslovno sposobni članovi domaćinstva koji u momentu početka trajanja ugovora o osiguranju nije bilo mlađe od 14 godina niti starije od 75 godina života.

Ukoliko član domaćinstva u toku trajanja osiguranja navrší 14 godina, odnosno stekne poslovnu sposobnost, po automatizmu će biti obuhvaćen osiguranjem za slučaj smrti kao posledica bolesti.

Domaćinstvom se smatra svaka porodica ili druga zajednica lica čiji članovi zajedno stanuju i zajednički troše svoje prihode. Lica iz stava 2. ovog člana koja privremeno stanuju u drugom mestu (na školovanju, vojna lica, lica na privremenom radu itd.) smatraju se članovima domaćinstva u smislu ovih Uslova.

Ako ugovarač osiguranja i osiguranik nisu isto lice, za punovažnost osiguranja prema ovoj sekciji, polisu mora potpisati i osiguranik, a ukoliko je osiguranik lice starije od 14 godina do navršanih 18 godina života, pored njegovog potpisa potrebna je i pismena saglasnost njegovog zakonskog zastupnika.

OSIGURANI SLUČAJ *Član 17.*

Ukoliko je ugovorena ova sekcija članovi domaćinstva sposobni za osiguranje, su osigurani za slučaj smrti koja nastupi kao posledica bolesti.

OBAVEZA OSIGURAVAČA *Član 18.*

Ukoliko nastupi osigurani slučaj, osiguravač je u obavezi da korisniku osiguranja isplati ugovorenu osiguranu sumu za slučaj smrti usled bolesti.

Ako osiguranik doživi istek ugovorenog trajanja osiguranja, osiguranje prestaje da važi, a osiguravač nema nikakvih obaveza prema osiguraniku, odnosno korisniku osiguranja.

OGRANIČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA *Član 19.*

Ukoliko je ugovoreno osiguranje po ovoj Sekciji, obaveza osiguravača za slučaj smrti usled bolesti nastaje po isteku šest meseci od dana početka trajanja osiguranja navedenog u polisi.

Izuzetno od odredbi prethodnog stava, ukoliko je prema ovoj Sekciji ugovoreno osiguranje svih članova više domaćinstava, osiguravač je u obavezi da isplati korisniku osiguranja 50% osigurane sume za slučaj smrti usled bolesti, ako smrt nastupi u prvih šest meseci od dana početka trajanja osiguranja navedenog u polisi.

Ukoliko se po isteku ugovor o osiguranju obnovi u roku od 30 dana računajući od dana isteka, ne primenjuju se ograničenja obaveze osiguravača navedena u stavu 1. i stavu 2. ovog člana.

NETAČNA PRIJAVA OSIGURANIKOVIH GODINA ŽIVOTA **Član 20.**

Ako su prilikom zaključenja ugovora netačno navedene osiguranikove godine života tako da stvarne godine osiguranika prelaze granicu do koje osiguravač zaključuje osiguranje prema ovoj sekciji, osiguranje je ništavo i osiguravač je u obavezi da vrati sve premije primljene prema ovoj sekciji.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA **Član 21.**

Lice koje traži isplatu osigurane sume po ovoj Sekciji, dužno je da osiguravaču podnese zahtev čim nastupi osigurani slučaj.

Uz zahtev dužan je podneti sledeću dokumentaciju:

- polisu osiguranja;
- dokaz o osiguranikovom datumu rođenja;
- izvod iz matične knjige umrlih.

Osiguravač ima pravo da dodatno zahteva medicinske, službene i druge dokaze, potrebne za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja i obaveze osiguravača.

ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA **Član 22.**

Korisnik za slučaj smrti osiguranika određen je u polisi osiguranja. Ako u polisi ili u posebnim odredbama uz ove Uslove nije drugačije ili nije ništa predviđeno, korisnicima osiguranja za slučaj osiguranikove smrti smatraju se:

1. osiguranikova deca i bračni drug na jednake delove, a ako deca nisu u životu, njihovi potomci po pravu predstavljanja;
2. ako nema dece ni njihovih potomaka, bračni drug na jednu polovinu, a roditelji na drugu;
3. ako nema ni bračnog druga, samo roditelji;
4. ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama, ostali zakonski naslednici na osnovu sudske odluke.

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

IV. NADLEŽNOST ZA REŠAVANJE SPORNIH PITANJA **Član 23.**

U svim slučajevima u kojima ugovorene strane ne mogu postići saglasnost o pojedinim pitanjima koja se tiču međusobnih prava i obaveza, sporna pitanja se rešavaju:

1. Prigovorom nadležnom organu osiguravača, koje se podnosi u roku od 15 (petnaest) dana od dana prijema prvostepene odluke. Nadležni organ samostalno ili uz pomoć odgovarajućih stručnjaka razmatra prigovor i donosi odluku koja se u roku od 15 (petnaest) dana od dana prijema prigovora dostavlja strani koja je uložila prigovor. Odluka se dostavlja i stručnoj službi osiguravača koja je u prethodnom postupku rešavala sporno pitanje.
2. Tužbom nadležnom sudu prema sedištu osiguravača u cilju konačnog rešenja spornog pitanja.

V. ZASTARELOST **Član 24.**

Potraživanja po osnovu ugovora o osiguranju zastarevaju prema Zakonu o obligacionim odnosima.

VI. ZAVRŠNE ODREDBE **Član 25.**

Sastavni deo ovih Uslova je Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) kao posledica nesrećnog slučaja.

Ovi Uslovi stupaju na snagu danom donošenja a primenjuje se počev od dana 27.12.2015. godine.

Stupanjem na snagu ovih Uslova prestaju da važe i da se primenjuju Dopunski uslovi za osiguranje članova domaćinstva od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) od 19.08.2009. godine.