



USLOVI ZA OBAVEZNO OSIGURANJE PUTNIKA U JAVNOM PREVOZU OD POSLJEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE) OSIM PUTNIKA U VAZDUŠNOM SAOBRAĆAJU ZA FBiH

I OPŠTE ODREDBE

Član 1.

(1) Ovi Uslovi za obavezno osiguranje putnika u javnom prevozu od posljedica nesrećnog slučaja (nezgode) osim putnika u vazdušnom saobraćaju za FBiH u daljem tekstu: (Uslovi) primjenjuju se na ugovore o osiguranju putnika u javnom prevozu osim putnika u vazdušnom saobraćaju.

(2) Pojedini izrazi u ovim uslovima znače:

- „osiguravač“ – Dunav osiguranje a.d. Banja Luka, poslovnica u Sarajevu,
- „ponuđač“ - lice koje želi da zaključi osiguranje i u tu svrhu podnese pismenu ili usmenu ponudu osiguravaču,
- „ugovarač“ - fizičko ili pravno lice koje sa osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju,
- „osiguranik“ - lice od čije smrti, gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) ili narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume, odnosno naknade,
- „osigurani slučaj“ - događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a koji mora biti budući neizvjestan i nezavisan od isključive volje ugovarača,
- „korisnik“ - lice kome se vrši isplata osigurane sume odnosno naknade,
- „polisa“ - isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju
- „osigurana suma“ - najveći iznos do koje je osiguravač u obavezi, kada nastupi osigurani slučaj,
- „premija“ - iznos koji je ugovarač dužan platiti osiguravaču po ugovoru o osiguranju,
- „list pokrića“ - privremeni dokaz o zaključenom osiguranju koji sadrži bitne elemente ugovora o osiguranju.

Član 2.

(1) Po Zakonu o obaveznim osiguranjima u saobraćaju i ovim Uslovima osiguravaju se od posljedica nesrećnog slučaja (nezgode) lica u svojstvu putnika u javnom prevozu, osim putnika u vazdušnom saobraćaju kod:

- autobusa kojima se vrši javni linijski i vanlinijski prevoz u gradskom, prigradskom, međugradskom, međuentitetskom i međunarodnom saobraćaju,
- taksi vozila,
- „rent-a car“ vozila kada se iznajmljuju sa vozačem,
- šinskih vozila za prevoz putnika,
- svih vrsta pomorskih, jezerskih i riječnih plovila, kojima se na redovnim linijama ili slobodno prevoze putnici, uključujući i krstarenja i prijevoz turista ili koja se iznajmljuju s najmanje jednim članom posade,
- svih ostalih prevoznih sredstava, bez obzira na vrstu pogona, kojima se uz naplatu prevoze putnici u javnom prevozu, u skladu sa svojom djelatnošću.

(2) Ugovarač osiguranja je vlasnik prevoznog sredstva kojim se obavlja javni prevoz putnika, odnosno lice koje je ovlašteno na osnovu zakona da obavlja javni prevoz putnika - prevoznik.

(3) Lica koja se osiguravaju po ovim Uslovima osigurana su bez obzira na godine života, njihovo zdravstveno stanje, opštu radnu sposobnost.

(4) Putnicima se smatraju lica koja se radi putovanja nalaze u jednom od prijevoznih sredstava određenih za obavljanje javnog prijevoza, bez obzira na to jesu li već kupila voznu kartu ili su to lica koja imaju pravo na besplatnu vožnju, kao i lica koja se nalaze u krugu stanice, pristaništa ili u neposrednoj blizini prijevoznog sredstva prije ukrcavanja, odnosno nakon iskrcavanja, koje su namjeravale putovati određenim prijevoznim sredstvom ili su njime putovale, osim lica kojima je mjesto rada prijevozno sredstvo.

(5) Dokazivanje da je neko lice bio putnik u smislu prednjeg stava, pada na teret korisnika osiguranja.

(6) Ovi Uslovi se primjenju na ugovore zaključene na teritoriji Federacije BiH.

Član 3.

(1) Ovim Uslovima regulišu se odnosi između ugovarača osiguranja i osiguravača po ugovorenim oblicima osiguranja za slučaj:

- smrt usljed nesrećnog slučaja,
- trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta),
- narušenog zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć (stvarni i nužni troškovi liječenja).

(2) Sva obavještenja i prijave, koje su ugovorene strane dužne da učine u smislu odredaba Uslova, obavezno se imaju pismeno potvrditi ako su učinjene usmeno, telefonom ili na koji drugi način.

(3) Kao dan prijema obavještenja odnosno pismene prijave smatra se dan kad je primljeno obavještenje, odnosno pismena prijava. Ako se obavještenje, odnosno pismena prijava šalje poštom preporučeno, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti.

(4) Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku.

II POSEBNE ODREDBE

POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

Član 4.

(1) Nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelimični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć.

(2) U smislu prethodnog stava smatraju se nesrećnim slučajem naročito slijedeći događaji: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem, raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubod kakvim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta, izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana kakva infektivna bolest.

(3) Kao nesrećni slučaj smatra se i sljedeće:

- Trovanje hemijskim agensima osim profesionalnih oboljenja,
- Infekcija povrede prouzrokovana nesrećnim slučajem,
- Trovanje usljed udisanja gasova ili otrovnih para, osim profesionalnih oboljenja,



- Opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tečnostima ili parom, kiselinama, bazama i sl,
 - Davljenje i utopljenje,
 - Gušenje ili ugušenje usljed zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl),
 - Prsnuće mišića, iščašenje, prsnuće zglobnih veza, prelomi zdravih kostiju koji nastanu usljed naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajima, a ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi,
- (4) Ne smatraju se nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova:
- Sve zarazne profesionalne i ostale bolesti kao i ostale bolesti nastale usljed psihičkih uticaja,
 - Trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, osim onih koje nastanu usljed direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid ukoliko je poslije povrede utvrđena traumatska hernija kod koje je bolnički pored hernije utvrđena povreda mekih dijelova trbušnog zida u tom području,
 - Infekcije i oboljenja koja nastanu usljed raznih oblika alergije, rezanja ili kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože,
 - Anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastalog nesrećnog slučaja,
 - Hernija disci, intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloza, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitisa, kokcigodinija, išijalgija, fibrozitisa, fascitisa i sve patoanatomske promjene slabinsko-krstačke regije označene analognim terminima,
 - Odljepljenje mrežnjače (ablatio retinae), ukoliko nije nastala kao direktna povreda prethodno zdravog oka, bolnički dijagnosticirana,
 - Posljedice koje nastanu kod osiguranika usljed delirijuma tremensa i djelovanja droga,
 - Posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata koji se preduzimaju radi liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo usljed dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis),
 - Patološke promjene kostiju i patološke epifiziole,
 - Sisteme neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti.

ZAKLJUČIVANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu usmene ili pismene ponude.
- (2) Osiguravač može prethodno zatražiti pismenu ponudu od ponuđača na posebnom obrascu.
- (3) Ako osiguravač ne prihvati pismenu ponudu dužan je u roku od osam dana od dana njenog prijema pismeno obavijestiti ponuđača o tome.
- (4) Ako osiguravač nije odbio ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima se vrši osiguranje, smatra se da je osiguranje zaključeno kada je ponuda prispjela osiguravaču.
- (5) Ugovor o osiguranju zaključen je kada ugovarač i osiguravač potpišu polis osiguranja ili list pokrića.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 6.

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje:
 - 1) sa određenim rokom trajanja za vrijeme od jedne godine ili kraće - kratkoročno osiguranje,
 - 2) sa određenim rokom trajanja za vrijeme preko jedne ili više godina - višegodišnje osiguranje.
- (2) Osiguranje za svakog pojedinog osiguranika traje dok se on smatra putnikom u smislu člana 2. st. (4) ovih Uslova.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

- (1) Obaveza osiguravača počinje u 24 časa onog dana koji je označen u polisi kao početak ugovora o osiguranju, ali ne prije 24 časa onoga dana kada je plaćena prva premija, osim ako je u polisi drugačije ugovoreno.
- (2) Ako je u polisi ugovoreno plaćanje premije virmanom, obaveza počinje u 24 časa onog dana koji je u polisi označen kao početak ugovora o osiguranju.
- (3) Obaveza osiguravača prestaje u 24 časa onog dana kada istekne rok trajanja ugovora o osiguranju označen u polisi.

ISKLJUČENJA OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 8.

- (1) Osiguravač je u obavezi samo za one nesretne slučajeve koji su u neposrednoj uzročnoj vezi s putovanjem i upotrebom prevoznog sredstva.
- (2) Obaveza osiguravača postoji ako nesrećni slučaj zadesi putnika u prevozu onim saobraćajnim sredstvom kojim je vožnja bila dozvoljena po važećim propisima. U slučaju sumnje da li je vožnja bila dozvoljena prevoznim sredstvom, mjerodavno je mišljenje nadležnog saobraćajnog organa.
- (3) Ugovor o osiguranju putnika u javnom prevozu od posljedica nesrećnog slučaja pokriva isključivo štete nastale na teritoriji BiH i na teritoriji država članica Sistema zelene karte, kao i štete nastale na teritoriji država potpisnica Multilateralne sporazuma, u slučaju kada je s BiH potpisan Multilateralni sporazum.

PRAVO NA NAKNADU ŠTETE

Član 9.

- (1) Osiguranjem su pokrivena štete za slučaj smrti, slučaj trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) i za slučaj stvarnih i nužnih troškova liječenja.
- (2) Najniža osigurana suma po jednom štetnom događaju određena ugovorom o osiguranju po jednom putniku iznosi:
 - a) za slučaj smrti 9.000,00 KM,
 - b) za slučaj trajnog gubitka opće radne sposobnosti (invaliditeta) 18.000,00 KM,
 - c) za slučaj stvarnih i nužnih troškova liječenja 4.500,00 KM.
- (3) Putnik kojeg zadesi nesrećni slučaj, odnosno lice određeno ugovorom o osiguranju kao korisnik osiguranja u slučaju smrti putnika (u daljem tekstu: korisnik osiguranja) ima pravo zahtijevati isplatu odštete, a prema ugovoru o osiguranju putnika koji je prevoznik zaključio prema članu 18. stava (1) Zakona o obaveznim osiguranjima u saobraćaju.
- (4) Pravo na osiguranu sumu iz člana 20. stava (2) Zakona o obaveznim osiguranjima u saobraćaju ima putnik, odnosno korisnik osiguranja nezavisno od toga da



li ima pravo na naknadu na osnovu odgovornosti vlasnika prevoznog sredstva za štetu prouzrokovanu trećim licima.

(5) Procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta koji odgovara procentu djelimičnog invaliditeta, ako je usljed nesrećnog slučaja nastupio djelimični invaliditet osiguranika se isplaćuje prema Tabeli za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) osiguranika kao posljedice nesrećnog slučaja (nezgode) za FBiH (u daljem tekst: Tabela).

(6) Naknada troškova liječenja se isplaćuje prema čl. 15. ovih Uslova ako je osiguraniku usljed nesrećnog slučaja bila potrebna ljekarska pomoć i ako je usljed toga imao troškove liječenja.

PRAVO REGRESA

Član 10.

(1) Isplatom osigurane sume, odnosno naknade na Osiguravača prelaze, do visine izvršene isplate, prava korisnika osiguranja na naknadu štete prema trećim licima koja su po bilo kom osnovu kriva za štetu prouzrokovanu nesrećnim slučajem.

(2) Putnik kojeg zadesi nesretni slučaj, odnosno lice određeno ugovorom o osiguranju kao korisnik osiguranja u slučaju smrti putnika ima pravo zahtijevati od osiguravača da izvrši isplatu u skladu s tim ugovorom.

(3) Pravo na osiguranu sumu ima putnik, odnosno korisnik osiguranja nezavisno od toga da li ima pravo na naknadu na osnovu odgovornosti vlasnika prijevoznog sredstva za štetu prouzrokovanu trećim licima.

NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJE PREMIJE

Član 11.

(1) Premija se plaća odjednom, godišnje unaprijed za cijelo ugovoreno trajanje osiguranja, osim u slučaju kada se premija utvrđuje na osnovu broja prodatih karata.

(2) Ako drugačije nije ugovoreno, premija za osiguranje obračunava se na osnovu ukupne vrijednosti prodatih voznih karata svim putnicima u toku svakog mjeseca trajanja osiguranja, i to do 30-og u mjesecu za protekli mjesec. Do tog roka ugovarač je dužan osiguravaču prijaviti ukupni stvarni iznos prodatih voznih karata i izvršiti uplatu odgovarajuće premije.

(3) Ugovarač je dužan osiguravaču staviti na uvid knjige i druge evidencije iz kojih se može tačno utvrditi vrijednost prodatih voznih karata.

(4) Ugovarač je obavezan ugovorene iznose premije plaćati osiguravaču za sve putnike, od kojih je dužan naplatiti voznu kartu i za sve vrijeme trajanja osiguranja u roku iz stava (2) ovog člana.

(5) Obaveza osiguravača postoji prema svakom osiguraniku pojedinačno i u slučaju kada ugovarač nije uplatio premiju u predviđenom roku, ako nesrećni slučaj nastane za vrijeme trajanja osiguranja u smislu člana 7. i 8. ovih Uslova.

(6) Premija se plaća osiguravaču ili njegovom predstavniku ili se dostavlja putem pošte ili banke. Ako se premija plaća putem pošte smatra se da je plaćena u 24 časa onoga dana kada je uplaćena na pošti, a ako je plaćena putem banke smatra se da je uplaćena u 24 časa onog dana kada je nalog predat banci.

(7) Ako ugovarač osiguranja premiju koja je dospjela ne plati do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku 30 dana od dana, kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premija, s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dospelosti premije.

(8) U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

(9) U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju prije ugovorenog roka osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje. U slučaju raskida ugovora o osiguranju, ukoliko nije bilo štetnog događaja, ugovarač osiguranja ima pravo na povrat dijela premije za neiskorišćeni period trajanja osiguranja. Neiskorišćeni dio premije utvrđuje se po principu „prorata temporis“ na ugovorenu bruto premiju osiguranja.

OBAVEZE UGOVARAČA I OSIGURANIKA OSIGURANJA

Član 12.

(1) Ugovarač osiguranja je dužan prijaviti svaki slučaj koji prema ovim Uslovima utiče na obaveze osiguravača.

(2) Osiguranik je dužan da se odmah prijavi službenom osoblju na prevoznom sredstvu u slučaju nastanka štetnog događaja, ili čim prije to bude moguće.

(3) Ugovarač je obavezan pružiti osiguravaču, kada to ovaj zatraži sva druga potrebna obavještenja u cilju razrješenja svakog prijavljenog nesrećnog slučaja

OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 13.

(1) Nakon prijave nastanka štetnog događaja, osiguravač je dužan utvrditi pravni osnov i visinu odštetnog zahtjeva u roku od 14 dana od dana kompletiranja zahtjeva, uz dostavljanje obrazložene ponude, isplatiti utvrđenu naknadu u daljem roku od 14 dana.

PRIJAVA NESREĆNOG SLUČAJA

Član 14.

(1) Ugovarač osiguranja je dužan da na posebnom obrascu (zapisnik o nesrećnom slučaju) registruje svaki nastali nesrećni slučaj putnika, ispita uzrok i način nastanka, a zatim prijavi svaki onaj slučaj koji prema ovim Uslovima utiče na obaveze osiguravača.

(2) Povrijeđeni putnik dužan je da se odmah prijavi službenom osoblju na prevoznom sredstvu da bi takav slučaj mogao biti registrovan u smislu prethodnog stava. Ukoliko mu to ne dozvoljava njegovo zdravstveno stanje, dužan je, čim mu to bude moguće, da prijavu naknadno izvrši nadležnom prevozniku.

(3) Ugovarač je obavezan pružiti osiguravaču, kada to ovaj zatraži sva druga potrebna obavještenja u cilju razrješenja svakog prijavljenog nesrećnog slučaja.

(4) Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja dužan je da o tome pismeno obavijesti osiguravača i da o tome pribavi potrebnu dokumentaciju.

(5) Troškovi za ljekarski pregled i izvještaj (početni i zaključni izvještaj ljekara, ponovni ljekarski pregled i nalaz specijaliste) i ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje nesrećnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju padaju na teret podnosioca zahtjeva.

(6) Osiguravač ima pravo, da od osiguranika, ugovarača, korisnika ili bio kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja, kao i da na svoj trošak preduzima mjere u svrhu ljekarskog pregleda osiguranika preko svojih ljekara, ljekarskih komisija i zdravstvenih organizacija da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem.



ISPLATA OSIGURANE SUME

Član 15.

- (1) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu odnosno odgovarajući dio osiguraniku, odnosno korisniku u roku od 14 dana, pošto obaveza osiguravača i visina obaveze budu utvrđeni.
- (2) Ako se isplata naknade vrši putem pošte ili banke smatra se da je izvršena u 24,00 časa onog dana kada je na pošti, odnosno u banci potvrđena uplata.
- (3) Osiguravač je dužan da isplati ugovorenu osiguranu sumu odnosno naknadu, samo ako je nesrećni slučaj nastao za vrijeme trajanja osiguranja.
- (4) Procenat invaliditeta određuje se prema Tabeli poslije završenog liječenja u vrijeme kada je kod osiguranika u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posljedice nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema ljekarskom predviđanju ne može očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja, kao konačno se uzima stanje po isteku ovog roka i prema njemu se određuje procenat invaliditeta.
- (5) Ako je za utvrđivanje visine obaveze osiguravača potrebno određeno vrijeme, osiguravač je dužan na zahtjev osiguranika isplatiti iznos koji nesporno odgovara procentu invaliditeta za koji se već tada može na osnovu medicinske dokumentacije utvrditi da će trajno ostati.
- (6) Osiguravač neće isplatiti akontaciju prije nego što je utvrđena njegova obaveza s obzirom na okolnosti nastanka nesrećnog slučaja.
- (7) Ako osiguranik umre prije isteka godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja od posljedice nesrećnog slučaja, a konačni procenat invaliditeta je bio već utvrđen, osiguravač isplaćuje iznos koji je ugovoren za slučaj smrti odnosno razliku između osigurane sume za slučaj smrti i iznosa koji je bio isplaćen prije toga na ime invaliditeta, ukoliko takva razlika postoji.
- (8) Ako konačni procenat invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre usljed istog nesrećnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguraniku osiguranu sumu određenu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume ili eventualno već isplaćenog nespornog dijela (akontacije) ali samo tada ako je osiguranik umro najkasnije u roku od tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.
- (9) Ako prije utvrđenog procenta invaliditeta u roku od tri godine od nastanka nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika iz bilo kojeg drugog uzroka osim navedenog u prethodnom stavu ovog člana visina obaveze osiguravača iz osnovna invaliditeta utvrđuje se na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.
- (10) Ako nesrećni slučaj ima za posledicu narušenje zdravlja osiguranika, koje zahtjeva ljekarsku pomoć, a ugovorena je i naknada troškova liječenja, osiguravač isplaćuje osiguraniku bez obzira na to da li ima ikakvih drugih posljedica, prema podnijetim dokazima naknadu svih stvarnih i nužnih troškova liječenja, učinjenih najduže u toku godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja a najviše do ugovorenog iznosa.
- (11) U troškove liječenja po prethodnom stavu spada i nabavka vještačkih udova i zamjena zuba kao i nabavka pomagala, ako je sve to potrebno prema ocjeni ljekara. Osiguravač nije dužan da nadoknadi troškove liječenja, ako osiguranik ima pravo na besplatno liječenje u zdravstvenim ustanovama, odnosno osiguravač je u obavezi da nadoknadi onaj dio troškova liječenja, koje je snosio sam osiguranik.
- (12) Ako kao dalja posljedica nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika ili invaliditet osiguravač isplaćuje korisniku odnosno osiguraniku iznos osigurane sume

predviđene za takve slučajeve bez obzira na isplaćenu naknadu troškova liječenja.

UTVRĐIVANJE PRAVA OSIGURANIKA I KORISNIKA

Član 16.

- (1) Ako je usljed nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika, korisnik je dužan da podnese dokaz o svom pravu na primanje osigurane sume.
- (2) Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu invaliditet, osiguranik je dužan da podnese: dokaz o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja i medicinsku dokumentaciju i dokaz o ustaljenim posljedicama - za određivanje konačnog procenta trajnog invaliditeta.
- (3) Konačni procenat invaliditeta određuje osiguravač prema Tabeli. Ako neka posljedica ili gubitak organa nisu u tabeli predviđene, procenat invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koji su predviđeni u Tabeli. Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzima se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.
- (4) Kod višestrukih povreda pojedinih udova, kičme ili organa ukupni invaliditet na određenom udu ili organu određuje se tako da za najveće oštećenje uzima procenat predviđen u Tabeli, od sljedećeg najvećeg oštećenja uzima se polovina procenta predviđenog u Tabeli itd. redom 1/4, 1/8 itd. Ukupni procenat ne može premašiti procenat koji je određen Tabelom invaliditeta za potpuni gubitak tog uda ili organa. Posljedice povrede prstiju sabiraju se bez primjene ovog principa.
- (5) U slučajevima gubitka više udova ili organa usljed jednog nesrećnog slučaja procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ sabiraju se.
- (6) Ako zbir procenata invaliditeta prema Tabeli zbog gubitka ili oštećenja više udova i organa usljed jednog nesrećnog slučaja iznosi više od 100%, isplata ne može biti veća od osigurane sume koja je ugovorena za slučaj potpunog invaliditeta.
- (7) Ako je opšta radna sposobnost osiguranika bila trajno umanjena prije nastanka nesrećnog slučaja, obaveza osiguravača određuje se prema novom invaliditetu nezavisno od prethodnog, osim u sljedećim slučajevima:
 - ako je prijavljen nesrećni slučaj prouzročivao povećanje dotadašnjeg invaliditeta, obaveza osiguravača se utvrđuje prema razlici u dijelu ukupnog procenta invaliditeta i prethodnog procenta,
 - ako osiguranik prilikom nesrećnog slučaja izgubi ili povrijedi više od već prije povrijeđenih udova ili organa, obaveza osiguravača utvrđuje se samo prema povećanom invaliditetu.

ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

Član 17.

- (1) Korisnici za slučaj osiguranikove smrti smatraju se po redovima:
 - 1) osiguranikova djeca i bračni drug, s tim da im osigurana suma za slučaj smrti pripada na jednake dijelove;
 - 2) osiguranikova djeca na jednake dijelove, ako nema bračnog druga;
 - 3) osiguranikov bračni drug i njegovi roditelji, ako nema djece, tako da bračnom drugu pripada jedna polovina osigurane sume, za slučaj smrti, a druga polovina na jednake dijelove pripada roditeljima, ako su oba živa, odnosno onom roditelju koji je u životu;



- 4) njegov bračni drug, ako su oba roditelja osiguranika umrli prije njegove smrti, kojemu tada pripada cijela osigurana suma za slučaj smrti;
 - 5) njegovi roditelji ili roditelj koji je u životu, ako nema bračnog draga i ako su oba roditelja živa, pripada im osigurana suma za slučaj smrti na jednake dijelove, a ako je samo jedan u životu njemu pripada ta suma u cijelosti;
 - 6) njegov zakonski nasljednik ili nasljednici utvrđeni pravovaljanom sudskom odlukom, ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama.
- (2) Bračni drug smatra se lice koje je bilo u braku sa osiguranikom u momentu njegove smrti.
- (3) U slučaju invaliditeta i naknade troškova liječenja, korisnik je sam osiguranik.
- (4) Ako je korisnik osiguranja maloljetno lice, isplata osiguranih suma i naknada izvršice se njegovim roditeljima odnosno staratelju, a osiguravač ima pravo od ovih lica zahtijevati da prethodno pribave ovlaštenje za prijem pripadajućeg iznosa osigurane sume odnosno naknade.

POSTUPAK VJEŠTAČENJA

Član 18.

- (1) U slučaju da se osiguravač i osiguranik ili ugovarač, odnosno korisnik ne slože u pogledu vrste i obima posljedica nesrećnog slučaja ili u pogledu toga da li je i u kom obimu povreda osiguranika u uzročnoj vezi sa nesrećnim slučajem, mogu utvrđivanje ovih činjenica povjeriti dvojici vještaka – ljekara od kojih jednog imenuje osiguravač a drugog suprotna strana. Prije vještačenja ova dvojica vještaka biraju trećeg vještaka, koji će dati svoje stručno mišljenje i to samo o pitanjima koja ostanu sporna među vještacima i u granicama njihovih procjena.
- (2) Svaka strana plaća troškove vještaka koga je imenovala, a trećem vještaku plaćaju obje strane po pola.

III PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 19.

- (1) Ovi Uslovi su sastavni dio ugovora o obaveznom osiguranju putnika koji je zaključen u smislu Zakona o obaveznim osiguranjima u saobraćaju.

PRAVNI OKVIR

Član 20.

- (1) Na pravne odnose između Osiguravača, Ugovarača osiguranja, Osiguranika, Korisnika osiguranja i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulisani ovim Uslovima, primjenjivaće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima i ostalih pozitivno pravnih propisa koji regulišu ovu materiju.

IZMJENE USLOVA OSIGURANJA I PREMIJSKOG SISTEMA

Član 21.

- (1) Ovi Uslovi mogu se izmjeniti ili dopuniti po postupku i na način na koji su donijeti.
- (2) Ako osiguravač izmjeni ili dopuni uslove i/ili premijski sistem, o promjeni ili dopuni mora obavijestiti ugovarača osiguranja odnosno osiguranika barem 30 (trideset) dana prije isteka tekuće osiguravajuće godine.
- (3) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik ima pravo da u roku od 30 (trideset) dana po prijemu obavještenja otkáže ugovor o osiguranju. Ugovor prestaje da važi sa istekom tekuće godine osiguranja.

- (4) Ukoliko ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, ne otkáže ugovor o osiguranju u prethodno navedenom roku, on se početkom iduće godine mijenja u skladu sa izvršenim promjenama u uslovima osiguranja ili sa promijenjenom premijom osiguranja.
- (5) Odredbe iz stava (4) se ne odnose na ugovore zaključene na period od jedne godine i kraće.
- (6) U slučaju izmjene ili dopune ovih Uslova, iste će se odnositi na ugovore zaključene nakon dobijanja ponovne saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja FBiH.

PODNOŠENJE PRIGOVORA I PRAVNA NADLEŽNOST

Član 22.

- (1) Strane su saglasne da će sve sporove proizišle iz osiguranja rješavati mirnim putem. U slučaju prigovora, Osiguravač je u obavezi u roku od 15 dana riješiti prigovor.
- (2) Ugovarač osiguranja, osiguranik i korisnik osiguranja su obavezni o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima bez odgađanja obavijestiti Osiguravača.
- (3) Obavještenje iz stave 2. ovog člana se dostavlja pismenim putem, pri čemu se sa sigurnošću može utvrditi potpis podnosioca i vrijeme slanja obavještenja.
- (4) U slučaju spora između Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika i Osiguravača, nadležan je sud u Sarajevu.

Član 23.

- (1) Sastavni dio ovih Uslova je Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) osiguranika kao posljedice nesrećnog slučaja (nezgode) kod osiguranja putnika u javnom prevozu za FBiH.

Član 24.

Stupanje na snagu

- (1) Ovi Uslovi stupaju na snagu 8 dana od dana objave na internom Portalu Društva.
- (2) Stupanjem na snagu ovih Uslova, na teritoriji Federacije BiH prestaje primjena Dopunskih uslova za obavezno osiguranje putnika u javnom prevozu od posljedica nesrećnog slučaja (nezgode) broj 01-223-3/16 od 23.02.2016. godine.

Ovo izdanje Uslova važi od 05.03.2021. godine.