

INFORMACIJE ZA UGOVARAČA OSIGURANJA PRE ZAKLJUČENJA UGOVORA O OSIGURANJU ŽIVOTA ZA SLUČAJ SMRTI OSIGURANIKA

Zahvaljujemo se na poverenju koje ste ukazali našem Društvu. Akcionarsko društvo za osiguranje GRAWE Beograd, Bulevar Mihajla Pupina 115D, Novi Beograd, adresa za prijem elektronske pošte office.beograd@grawe.rs, upisano u registar Agencije za privredne registre pod brojem BD 62464 od 6.7.2005. godine na osnovu dozvole Narodne banke Srbije, matični broj: 17157051, PIB: 100000161, je osiguravajuće društvo sa tradicijom od skoro dva veka i kroz celo svoje postojanje gajilo je odnos poverenja sa svojim ugovornim partnerima.

U daljem tekstu Vas informišemo o Vašim pravima iz ugovora o osiguranju života koji nameravate da zaključite (u daljem tekstu: predugovorne informacije). Predugovorne informacije su propisane zakonom kako bi Vam pomogle u razumevanju ugovora o osiguranju života za slučaj smrti koji nameravate da zaključite.

1. Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na ugovor

Ugovor o osiguranju čine predugovorne informacije, ponuda, polisa, dodaci polisi, uslovi osiguranja i klauzule, kao i svaki pisani dodatak ponudi i polisi. Na ugovor o osiguranju primenjuju se pozitivno pravni propisi Republike Srbije i to Zakon o obligacionim odnosima, Zakon o osiguranju i relevantni podzakonski akti propisani od strane Narodne banke Srbije.

Uslovi osiguranja čine sastavni deo ugovora o osiguranju. Na ugovor o osiguranju se primenjuju opšti i posebni uslovi koji su navedeni na poslednjoj stranici ovog dokumenta.

Klauzule osiguranja koje su navedene u ovim predugovornim informacijama i polisi osiguranja čine sastavni deo ugovora o osiguranju. Na zaključena dodatna osiguranja biće primenjene odgovarajuće klauzule.

Klauzula za isključenje pokrića zbog delovanja alkohola kod dopunskog osiguranja za smrt usled nezgode (UTZ) – KK 86

Iz osiguranja su isključeni slučajevi nastali usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola ili narkotičnih sredstava na osiguranika u trenutku nastanka nesrećnog slučaja koji za posledicu ima smrt osiguranika. Smatra se da je nesrećni slučaj nastao usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola ako je u trenutku nastanka nesrećnog slučaja u krvi osiguranika utvrđeno prisustvo više od 0,5 promila alkohola.

Klauzula o određivanju procenta invalidnosti kod višestrukih povreda (UI) – KK 84
Umesto odredbe navedene pod 2), u članu 7. Opštih uslova za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja AUVB 97 ugovoreno je sledeće:

Kod delimičnog gubitka ili poremećaja funkcija gore navedenih delova tela ili organa, trajna invalidnost se određuje na osnovu mišljenja lekara cenzora. U slučaju povrede više organa ili delova tela procenti invalidnosti se sabiraju na način da se kod višestrukih povreda pojedinih udova, kičme, organa ili organskih sistema ukupna invalidnost na određenom udu, kičmi, organu ili organskom sistemu određuje tako što se za najveću posledicu oštećenja uzima puni procenat utvrđene invalidnosti, od sledećeg najvećeg oštećenja uzima se 1/2 utvrđenog procenta i tako redom 1/4, 1/8. Svi procenti invalidnosti utvrđuju se na osnovu medicinske dokumentacije i/ili pregleda lekara cenzora. Ako određene povrede nisu navedene u Opštim uslovima za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja AUVB 97, stepen invalidnosti se određuje na osnovu mišljenja lekara cenzora prema stručnoj proceni invalidnosti u okviru definisanog raspona. Ocene invalidnosti za različite posledice na jednom zglobov gornjih i donjih ekstremiteta se ne sabiraju, izuzev kolena gde se primenjuje gore naveden princip sabiranja razlomaka, s tim što ukupan procenat ne može preći ukupno 30% invalidnosti.

Posledice povrede prstiju sabiraju se bez primene gornjeg principa uz procenu stepena invalidnosti u okviru stručno definisanog raspona posledica u anatomskom i funkcionalnom smislu. Prilikom primene određenih tačaka invalidnosti za jednu posledicu, na istim organima ili ekstremitetima primenjuje se tačka koja određuje najveći procenat, odnosno nije dozvoljena primena dve tačke za isto funkcionalno oštećenje odnosno posledicu.

Klauzula o isključenju pokrića za hernije – KK 85

Umesto stava 5. člana 16. Opštih uslova za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja AUVB 97, ugovoreno je sledeće:

Kod hernija naknada će biti isplaćena samo ako su nastale pod direktnim mehaničkim delovanjem na kičmu, ali ne i ako se radi o pogoršanju bolesti nastalih pre nesrećnog slučaja.

KK 91 – Trajanje plaćanje premije RK5

Trajanje plaćanje premije je 60% od ugovorenog trajanja osiguranja.

KK 98 – Uslovi osiguranja

Opšti i posebni uslovi osiguranja navedeni na ovoj polisi čine sastavni deo zaključenog ugovora i dostavljeni su ugovaraču osiguranja zajedno sa polisom osiguranja.

Valutna klauzula – KK 41

U ugovoru o osiguranju su dogovorene osigurane sume i premije iskazane u evrima. Ugovarač osiguranja plaća premiju osiguranja u dinarskoj protivvrednosti. Premija se plaća u dinarskoj protivvrednosti evra po srednjem kursu Narodne banke Srbije, na dan koji prethodi izdavanju obaveštenja o dospelosti premije.

Ako premija ne bude plaćena do dospelosti, onda se plaća po srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan uplate premije.

Naknada iz osiguranja se isplaćuje u dinarskoj protivvrednosti evra po srednjem kursu Narodne banke Srbije, na dan odobrenja plaćanja.

Napomena: Valutna klauzula KK 41 se primenjuje samo u slučaju da je ugovoreno plaćanje premije osiguranja u dinarima.

2. Vreme važenja ugovora

U skladu sa zahtevom ugovarača osiguranja ugovor se zaključuje sa sledećim trajanjem:

Početak osiguranja i osiguravajućeg pokrića _____ u 12.00 časova

Prestanak osiguranja i osiguravajućeg pokrića _____ u 12.00 časova

Napomena za UTZ i UI:

Početak i prestanak osiguranja i osiguravajućeg pokrića su isti kao kod glavnog osiguranja.

Početak osiguranja za teške bolesti _____ u 12.00 časova

Početak osiguravajućeg pokrića za teške bolesti _____ u 12.00 časova

Prestanak osiguranja i osiguravajućeg pokrića za teške bolesti _____ u 12.00 časova

Promena ugovorenog trajanja osiguranja nije moguće.

Osiguravajuće pokriće počinje u 12.00 časova dana koji je kao početak osiguranja naveden u polisi, pod uslovom da je do tada plaćena premija ili njena prva rata.

Ugovor o osiguranju traje do 12.00 časova dana koji je kao istek osiguranja naveden u polisi, odnosno do nastupanja osiguranog slučaja ili ranije u slučaju raskida ugovora. Prestankom ugovora o osiguranju prestaju da važe i sva ugovorena dodatna osiguranja.

3. Rizici pokriveni osiguranjem, isključenja i ograničenja u vezi sa tim rizicima

Ugovor o osiguranju koji nameravate da zaključite obuhvata pokriće rizika smrti u toku trajanja i pokriće za dopunske rizike koji su navedeni u daljem tekstu, ako su ugovoreni. Nakon isteka ovog ugovora ne postoji pravo na isplatu osigurane sume.

Tarifa	Pokriveni rizici
☐ GRAWE Protect	Osiguranje života za slučaj smrti osiguranika
Tarifa	Dopunski rizici
☐ UTZ	Smrt osiguranika kao posledica nesrećnog slučaja
☐ UI	Trajna invalidnost kao posledica nesrećnog slučaja, bolnička dnevnicu za svaki dan proveden u bolnici zbog posledica nesrećnog slučaja, lom kostiju i opekotine zbog posledica nesrećnog slučaja
☐ RDZ 20	Nastanak određene teške bolesti
Tarifa	Pokriveni rizici
☐ RK5	Osiguranje života za slučaj smrti osiguranika (sa skraćenim trajanjem plaćanja jednake premije kod ugovora za osiguranje korisnika kredita)
☐ RK11	Osiguranje života za slučaj smrti osiguranika (sa jednokratnom uplatom premije kod ugovora za osiguranje korisnika kredita)

Za slučaj nastanka određene teške bolesti mogu da budu osigurana samo zdrava lica sa navršених 15 do navršених 60 godina života. Lica mlađa od 15 godina kao i lica kojima je pravosnažnim rešenjem nadležnog organa utvrđena opšta nesposobnost za rad nije moguće da budu osigurana. Opšta nesposobnost za rad postoji kod lica kod kojih zbog promena u zdravstvenom stanju, koje ne mogu da se otklone lečenjem, nastane trajni gubitak sposobnosti za rad.

Osiguravajuće pokriće za slučaj nastanka određene teške bolesti obuhvata rizik nastanka samo jednog osiguranog slučaja tokom trajanja osiguranja tako da nastankom jedne od određenih teških bolesti iz tačke 3 prestaje osiguravajuće pokriće za bilo koji drugi osiguranik slučaj, odnosno prestaje osiguravajuće pokriće za bilo koji sledeći nastanak iste ili druge teške bolesti po ovom osiguranju.

Teškom bolesti, odnosno stanjem, uz uslov da je dijagnostički potvrđena u kliničkim ustanovama prema nalazima lekara specijalizovanog za pojedinu vrstu bolesti, odnosno stanja i uz dostavljenu kompletnu medicinsku dokumentaciju smatra se:

3.1. Srčani infarkt - Srčani infarkt je nepovratno propadanje dela miokarda (srčanog mišića) nastalog zbog kritične ishemije, odnosno nedostatka dotoka krvi u zahvaćeno područje. Dijagnoza mora da bude postavljena u medicinskim ustanovama od strane kardiologa ili u specijalizovanim ustanovama za kardiološke bolesti od strane interniste ili kardiologa. Dijagnoza srčanog infarkta mora da se zasniva na sledećim kriterijumima:

- karakterističan jak bol u grudima i predelu oko srca (kao stezanje, pritisak, probadanje) koji obično traje duže od 30 minuta;
- EKG nalaz - elektrokardiografske promene s karakterističnim znacima akutnog srčanog infarkta (npr. elevacija ST spojnice);
- povećanje i/ili smanjenje enzima uobičajenih za srčani infarkt (npr. CPK, CKMB, LDH, mioglobin, troponin I ili T);
- razvoj Q talasa na EKG nalazu.

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon potvrde konačne dijagnoze srčanog infarkta na osnovu ranije navedenih kriterijuma. Isplaćuje se puna osigurana suma samo za prvi slučaj lečenja srčanog infarkta.

- 3.2. **Bajpas operacija koronarnih arterija** – Bajpas operacija koronarnih arterija je kardiohirurški zahvat premoštenja na otvorenom grudnom košu zbog suženja ili začepljenja dve ili više koronarnih arterija s medicinskom indikacijom za bajpas operaciju. Dijagnoza se postavlja od strane interniste ili kardiologa odnosno u bolničkim uslovima specijalizovanih ustanova za kardiohirurgiju. Dijagnoza koronarne bolesti srčanih arterija i medicinska indikacija za kardiohirurškim zahvatom postavlja se nakon kompletne kardiološke obrade, uključujući i koronarnu angiografiju. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon obavljene operacije na otvorenom grudnom košu, pri čemu operacija mora da bude prva te vrste za osiguranika, bez obzira da li se koriguje jedna ili više koronarnih arterija. Pokrivene su i operacije srca sa potpunom sternotomijom (vertikalno odvajanje grudne kosti) i minimalno invazivne procedure (delimična sternotomija ili torakotomija).
- 3.3. **Karcinom** - Karcinom je svaki dijagnostički (histološki) dokazan maligni tumor kojeg karakteriše samostalno i nekontrolisano povećavanje tumorske mase, infiltrativan rast i sklonost metastazama u udaljena područja. Dijagnozu bolesti mora da postavi lekar specijalista onkolog na osnovu PHD nalaza. Pojam karcinoma (maligne bolesti) uključuje određene oblike karcinoma, maligne bolesti krvi i organa koji stvaraju krv, bolesti limfnog sistema (limfome, Mb. Hodgkin i Non Hodgkin limfom, leukemije (osim hronične limfocitne leukemije)). Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon potvrde konačne dijagnoze karcinoma. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon potvrde konačne dijagnoze karcinoma.
- 3.4. **Moždani udar** – Moždani udar je svaki cerebrovaskularni incident ili bolest čiji je uzrok poremećaj cirkulacije krvi kroz mozak koji za posledicu imaju oštećenje moždanog tkiva prouzrokovano poremećajima u prohodnosti moždanih arterija (usled ishemije ili embolije-začepljenja krvnih sudova ugruškom ili intracerebralne hemoragije-krvarenja u mozgu) s posledicom trajnih neuroloških motoričkih i drugih oštećenja i oduzetosti ekstremiteta. Dijagnoza moždanog udara i trajnog neurološkog oštećenja nakon, mora da bude dijagnostički potvrđena od strane lekara specijaliste neurologa ili neurohirurga i potkrepljena odgovarajućim nalazima i dijagnostičkim pretragama (npr. CT mozga ili MR mozga, MSCT angiografija i drugo). Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se najranije tri meseca nakon dijagnostičke potvrde cerebrovaskularnog događaja, ako se nakon tog roka osiguravaču dostave odgovarajući nalazi i dijagnoza od strane specijaliste neurologa.
- 3.5. **Hronično oboljenje bubrega** – Hronično oboljenje bubrega je progresivno ireverzibilno oštećenje funkcije oba bubrega do konačnog zadnjeg stadijuma (terminalne uremije) kada je direktno ugrožen život te je neophodno lečenje hemodijalizom, peritonealnom dijalizom ili transplantacijom bubrega. Dijagnoza hroničnog oboljenja bubrega mora da bude potvrđena od strane lekara nefrologa, a dokumentuje se medicinskim nalazima koji potvrđuju potrebu primene trajne hemodijalize ili sprovedenu transplantaciju bubrega. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se tri meseca nakon početka programa trajne hemodijalize ili sprovedene transplantacije bubrega.
- 3.6. **Transplantacija organa** – Transplantacija organa je u celosti sprovedena kompletna transplantacija srca (uključena je samo transplantacija srca u celosti, uključujući i ugradnju veštačkog srca), pluća (uključujući transplantaciju plućnog reznja ili plućnog krila sa živog donora), jetre ili samo dela jetre (desnog ili levog reznja), pankreasa, bubrega tankog creva i koštane srži (samo hetero transplantat) izvršena na osiguraniku. Osiguranik je primalac organa. Primalac može da ima alograft ili izograft transplantaciju. Alograft transplantacija je transplantacija organa ili tkiva sa jedne na drugu osobu koje se razlikuju genetički. Izograft transplantacija je transplantacija organa ili tkiva sa donora koji je identičan primaocu. Dijagnoza bolesti i medicinska potreba za transplantacijom organa mora da bude potkrepljena odgovarajućom medicinskom dokumentacijom od nadležnih lekara specijalista. Takođe, mora da bude potvrđeno da stanje, odnosno bolest nije moguće lečiti na bilo koji drugi način. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon izvršene transplantacije organa.
- 3.7. **Multipla skleroza** – Multipla skleroza (demijelinizirajuće oboljenje centralnog nervnog sistema) je bolest hronično remitentnog toka, karakterisana

patoanatskim brojnim lezijama demijelinizacije (gubitka mijelinskog omotača) rasutim u centralnom nervnom sistemu, a klinički se ispoljava poremećajima vida, neurološkim ispadima, cerebralnim znacima bolesti i simptomima kičmene moždine, ispadima senzibiliteta, mentalnim poremećajima i drugo. Dijagnoza bolesti mora da bude potvrđena uobičajenim kliničkim manifestacijama i simptomima bolesti, neophodnim dijagnostičkim analizama (CT mozga, MR mozga – magnetna rezonanca) i drugim medicinskim nalazima koji nesumnjivo potvrđuju trajne (ireverzibilne) neurološke ispade. Dijagnoza mora da bude potvrđena od strane neurologa. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon potvrđene dijagnoze od strane neurologa. Pri tome bolest mora da bude prisutna u kontinuitetu najmanje šest meseci ili dijagnostički moraju da budu potvrđena najmanje dva relapsa bolesti.

- 3.8. **Paraliza (oduzetost)** – Paraliza je potpuna i trajno ireverzibilna, klinički dokazana oduzetost ekstremiteta. Uzrok može da bude bolest ili povreda kontinuiteta kičmene moždine, koja za posledicu ima paraplegiju (ako paraliza obuhvata donju polovinu tela i obe noge) ili tetraplegiju (ako paraliza obuhvata obe ruke i obe noge). Pod ekstremitetima se podrazumevaju cela ruka ili cela noga. Proporcionalno stepenu oštećenja, postojaće oduzetost manjeg ili većeg stepena sa slabošću ili nemogućnošću izvođenja voljnih pokreta, čija uzročna posledična veza mora da bude na vreme i dijagnostički potvrđena. Dijagnoza mora da bude potvrđena od strane lekara specijaliste neurologa i potkrepljena neophodnim dijagnostičkim pretragama (npr. CT ili MR glave ili kičme, dijagnostika provođenja nerava i elektromiografija, mijelografija i drugo). Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se po isteku tri meseca od pojave paralize i nakon tog roka osiguravaču moraju da se dostave odgovarajući nalazi i dijagnoza lekara od strane lekara specijaliste neurologa.
- 3.9. **Slepilo** – Slepilo je potpuni i trajni (ireverzibilni) gubitak vida na oba oka, zbog bolesti (akutne ili hronične zapaljenske bolesti, vaskularne bolesti, tumorskih procesa i slično) ili nezgode, uz smanjenu oštrinu vida oba oka (s optimalnom korekcijom) na 1/60 ili lošiju. Dijagnoza mora da bude postavljena od strane lekara specijaliste oftalmologa i dokumentovana medicinskim nalazima koji potvrđuju trajni gubitak vida. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon potvrđene dijagnoze trajnog (ireverzibilnog) gubitka vida na oba oka.
- 3.10. **Operacija aorte** – Hirurška operacija zbog hroničnog oboljenja grudne ili trbušne aorte kod koje je potrebno odstranjivanje ili hirurška zamena obolelog ili oštećenog dela aorte veštačkim implantatom. Ova definicija odnosi se na grudni i trbušni deo aorte, ali ne i na njene ogranke. Dijagnoza bolesti i medicinska indikacija za operacijom aorte mora da bude potkrepljena od strane lekara specijaliste kardiologa i/ili kardiohirurga ili specijaliste vaskularnog hirurga. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon sprovedene operacije.
- 3.11. **Zamena srčanih zalistaka (valvula)** – Hirurški zahvat otvorene valvuloplastike, valvulotomije ili zamene oštećenog jednog ili više srčanih zalistaka veštačkim zaliskom (mehaničkim ili biološkim) zbog bolesti. Uključuje operaciju aortalnog, mitralnog, pulmonalnog ili trikuspidalnog srčanog zaliska kod kojeg je došlo do stenoze, odnosno suženja ili prolapsa zaliska ili regurgitacije (propuštanja srčanog zaliska) ili kombinacije ova dva faktora. Pokrivene su operacije sa potpunom sternotomijom (vertikalno odvajanje grudne kosti) kao i delimična sternotomija ili torakotomija. Dijagnoza i odluka o sprovođenju operacije jednog ili više srčanih zalistaka mora da bude potvrđena od strane lekara specijaliste kardiologa i/ili kardiohirurga i potkrepljena odgovarajućom medicinskom dokumentacijom o obavljenom operacionom zahvatu. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon sprovedene operacije ugradnje srčanog zaliska, pri čemu operacija mora da bude prva te vrste za osiguranika, bez obzira da li je rađena operacija zamene jednog ili više srčanih zalistaka.
- 3.12. **Dobročudni (benigni) moždani tumor** – Operacioni zahvat (pod opštom anestezijom) odstranjenja benignog (nekancerogenog ili dobroćudnog) tkiva u mozgu koji uzrokuje trajan neurološki deficit, a u slučaju nemogućnosti lečenja putem operacije (inoperabilnosti), takođe uzrokuje trajne neurološke deficite. Dijagnoza bolesti mora da bude potvrđena od strane lekara specijaliste neurologa i/ili neurohirurga i potkrepljena odgovarajućim nalazima i dijagnostičkim pretragama (npr. CT i/ili MR mozga). Trajni neurološki deficit prouzrokovao od strane tumora mora da bude medicinski dokumentovan kroz najmanje tri meseca od datuma dijagnoze. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se najmanje tri meseca nakon konačne dijagnostičke potvrde benignog moždanog tumora.
- 3.13. **Koma** – Koma je poremećaj svesti (besvesno stanje) zbog bolesti ili posledica trauma glave, bez reakcije ili odgovora na spoljne nadražaje i bez odgovora na osnovne životne potrebe u neprekidnom trajanju od najmanje 96 sati, uz pomoć sistema za održavanje života, a rezultira trajnim neurološkim deficitom. Dijagnoza kome (nakon neprekidnog trajanja od najmanje 96 sati) mora da bude postavljena od strane lekara specijaliste, najčešće neurologa (prema potrebi i specijalista drugih medicinskih specijalnosti), a trajni

neurološki deficit mozga mora da bude medicinski dokumentovan i potkrepljen dijagnostičkim pretragama (npr. laboratorijski nalazi i kompletni testovi procene metaboličkog stanja, CT ili MR mozga, lumbalna punkcija i analiza likvora, EEG nalaz mozga i drugo). Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se najranije tri meseca nakon konačne dijagnostičke potvrde stanja kome i to od lekara specijaliste neurologa.

3.14. **Hronično oboljenje jetre** – Završni stadijum oboljenja jetre je ozbiljno uznapredovala (ireverzibilna) bolest jetre čiji rezultat je ciroza jetre do konačnog zadnjeg stadijuma gubitka jetrene funkcije. Dijagnozu hroničnog zatajenja jetre mora da potvrdi lekar specijalista internista (gastroenterolog ili hepatolog). Dijagnoza se dokumentuje medicinskom dokumentacijom koja potvrđuje navedeni završni stadijum bolesti jetre koji se zasniva na kliničkim i laboratorijskim podacima (po klasifikaciji Child-Turcotte-Pughov sistemu bodovanja, stepen B ili C bolesti jetre), a prema sledećim kriterijumima:

- trajna žutica (bilirubin > 2 mg/dl ili > 35 μmol);
- umereni ascites;
- albumini < 3,5 g/dl;
- protrombinsko vreme (PV) > 4 sec, ili INR > 1,7;
- jetrena encefalopatija.

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon konačne dijagnostičke potvrde zatajenja jetre po klasifikaciji bolesti prema težini i prognozi (Child-Turcotte-Pughov sistem bodovanja po kojem stepen B podrazumeva 7-9 bodova, a stepen C 10-15 bodova).

3.15. **Terminalna hronična opstruktivna bolest pluća** – Terminalna hronična opstruktivna bolest pluća je teško i ireverzibilno oštećenje respiratorne funkcije zbog hronične opstruktivne bolesti pluća, uzrokovane hroničnim bolestima pluća (hronični opstruktivni bronhitis, hronični astmatični bronhitis, emfizem pluća i slične plućne bolesti). Dijagnoza završnog stadijuma hronične opstruktivne bolesti pluća mora da bude potvrđena od strane lekara specijaliste i dokumentovana medicinskom dokumentacijom koja potvrđuje navedeni završni stadijum i koja se zasniva na kliničkim, laboratorijskim, radiološkim dijagnostičkim pretragama, spirometrijom-testovima plućne funkcije i drugo, te mora da bude dokazana po svim sledećim kriterijumima:

- trajno smanjenje forsiranog izdisajnog volumena u sekundi (FEV 1 – forsirani ekspiratorni volumen u 1 sekundi) na manje od jedne litre (Tiffeneau test), pri čemu FEV 1 mora da bude manji od 40% od predviđenog, u dva navrata, sa vremenskim razmakom najmanje mesec dana;
- trajno smanjenje parcijalnog (arterijskog) pritiska kiseonika (PaO₂) ispod 55 mmHg (7.3 kPa);
- potreba za stalnom primenom kiseonika (trajna oksigenoterapija) najmanje tri meseca.

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon konačne dijagnostičke potvrde terminalne faze hronične opstruktivne bolesti pluća.

3.16. **Gubitak ekstremiteta (udova)** – Osiguran je gubitak dva ili više ekstremiteta (udova) u području iznad ručnog zgloba/lakta ili članka/kolena, koji je nastao kao posledica nezgode (povrede) ili medicinski neophodne amputacije zbog vitalne ugroženosti od posledica bolesti ili nezgode. Dijagnoza mora da bude postavljena od strane lekara specijaliste hirurga, ortopeda i/ili traumatologa i dokumentovana medicinskom dokumentacijom koja prati tok lečenja. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon konačne dijagnostičke potvrde nadležnog lekara specijaliste.

3.17. **Teška trauma (povreda) glave** – Osigurana je teška trauma u području glave sa poremećajem rada mozga koja je potvrđena od strane lekara specijaliste hirurga i/ili neurohirga i potkrepljena medicinskom dokumentacijom (CT mozga, MR mozga). Poremećaj rada mozga mora da prouzrokuje trajnu nemogućnost samostalnog izvođenja tri ili više uobičajenih aktivnosti svakodnevnog života:

- kupanje (sposoban da se samostalno okupa u kadi ili da se istušira);
- oblačenje (sposoban da se samostalno, bez tuđe pomoći, obuče i da skine odeću);
- održavanje svakodnevne osnovne higijene (sposoban da koristi toalet i da održava zadovoljavajući stepen higijene);
- pokretljivost (sposoban da se samostalno kreće u zatvorenom prostoru na ravnoj podlozi);
- kontinencija (sposoban da kontroliše mokrenje i stolicu);
- jedenje i pijenje (sposoban da se samostalno hrani kada mu je dostupna pripremljena hrana; ne i spremanje hrane);
- ulazak i izlazak iz kreveta (sposobnost da iz kreveta sedne u stolicu ili invalidska kolica i ponovo natrag).

Ovakva stanja nakon teških trauma glave moraju da budu prisutna najmanje 3 meseca i potkrepljena odgovarajućom medicinskom dokumentacijom. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se najmanje 3 meseca nakon konačne dijagnostičke potvrde stanja teške traume glave.

3.18. **Teške opekotine** – Opekotine su povrede kože ili drugih tkiva koje su prouzrokovane termalnim, radioaktivnim, hemijskim ili električnim

kontaktom. Opekotine III (trećeg) stepena (duboke opekotine) ili višeg stepena su teške opekotine koje karakterišu uništenje cele debljine kože, celi dermis i korijum, sa pojavom nekroze na opečenim mestima, a koje zahvataju najmanje 20% površine tela prema pravilu devetke. Dijagnoza teških opekotina mora da bude potvrđena od strane lekara specijaliste (hirurga, plastičnog hirurga, dermatologa i drugo) i dokumentovana lekarskim izveštajem koji sadrži tačan opis lokalizacije i zahvaćenost opekotinama, tok lečenja, zaostale ožiljke te eventualno presađivanje kože. Zahvaćenost opekotinama se kod odraslih meri po Wallace-ovom pravilu devetke za određivanje površine opekotina, dok se kod dece i beba koristi Lund-Browder skala. Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon završenog lečenja od opekotina.

3.19. **Gubitak glasa i funkcija govora** – Potpuni i ireverzibilni gubitak govora zbog bolesti glasnih žica (primarni ili sekundarni tumorski procesi i druge bolesti) ili posledica oštećenja (povrede) funkcije centara za govor u kori i bazalnim ganglijama mozga. Dijagnoza mora da bude postavljena od strane lekara specijaliste otorinolaringologa i potkrepljena medicinskom dokumentacijom (ispitivanje, testiranje spontanog govora, kognitivno testiranje, CT ili MR mozga sa ili bez angiografije i druga neurološka i ORL obrada radi određivanja uzroka gubitka govora). Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se najmanje 6 meseci nakon postavljanja konačne dijagnoze trajnog (ireverzibilnog) gubitka glasa i funkcije govora.

3.20. **Glukoča (gubitak sluha)** – Glukoča je potpuni i trajni (ireverzibilni) klinički i audiološki potvrđeni gubitak sluha na oba uha, nastao kao posledica bolesti (akutne upalne bolesti, vaskularne bolesti, tumorski procesi i slično) ili nezgode. Dijagnoza glukoče mora da bude postavljena od strane lekara specijaliste ORL-a dokumentovana medicinskom dokumentacijom (tonalni audiogram i drugo). Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon postavljene dijagnoze od strane lekara specijaliste ORL-a i dokumentovane medicinskom dokumentacijom (tonalni audiogram i drugo).

4. **Visina premije osiguranja, način plaćanja premije, valutna klauzula, visina doprinosa i poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja, kao i ukupan iznos plaćanja**

Godišnja premija za osnovno osiguranje: _____

Godišnja premija za UTZ: _____

Godišnja premija za UI: _____

Godišnja premija za RDZ 20: _____

Iznos ukupne godišnje premije: _____

Doplatak za izabranu dinamiku plaćanja:

☐ Godišnji i jednokratni – bez doplatka (0%)

Kod godišnje dinamike plaćanja datum dospelosti naredne premije je dan koji nakon proteka godinu dana odgovara datumu početka osiguranja, npr. početak osiguranja je 01.03. tekuće godine, datum dospelosti naredne premije je 01.03. naredne godine.

☐ Polugodišnji – doplatak je 2%

Kod polugodišnje dinamike plaćanja datum dospelosti naredne rate premije je dan koji nakon proteka svakih 6 meseci odgovara datumu početka osiguranja, npr. početak osiguranja je 01.05. tekuće godine, datum dospelosti naredne rate premije je 01.11. tekuće godine.

☐ Tromesečni – doplatak je 3%.

Kod tromesečne dinamike plaćanja datum dospelosti naredne rate premije je dan koji nakon proteka svaka 3 meseca odgovara datumu početka osiguranja, npr. početak osiguranja je 01.08. tekuće godine, datum dospelosti naredne rate premije je 01.11. tekuće godine.

☐ Mesečni – doplatak je 4%

Kod mesečne dinamike plaćanja datum dospelosti naredne rate premije je dan koji nakon proteka jednog meseca odgovara datumu početka osiguranja, npr. početak osiguranja je 01.10. tekuće godine, datum dospelosti naredne rate premije je 01.11. tekuće godine.

Iznos ukupne bruto godišnje premije: _____

Iznos rate premije: _____

Ako je polisa osiguranja za slučaj smrti osiguranika založena (vinkulirana) prilikom zaključenja ugovora, postoji mogućnost uplate jednokratnog doplatka za nemogućnost pobijanja (pokriće za slučaj samoubistva osiguranika u prvoj godini trajanja osiguranja).

Iznos pokrića za slučaj samoubistva

osiguranika u prvoj godini trajanja osiguranja: _____

Doplatak za nemogućnost pobijanja se plaća odjednom u celosti uz prvu premiju/prvu ratu premije i iznosi: _____

Premija osiguranja života ne podleže oporezivanju.

Premija se plaća u ugovorenim rokovima i u skladu sa ugovorenom dinamikom plaćanja. Premija može da se plaća jednom godišnje, ili u ratama – mesečno,

tromesečno i polugodišnje, kada osiguravač ima pravo da obračuna doplatu na plaćanje u ratama.

Ugovarač osiguranja je dužan da plaća premiju na ugovoren način i do ugovorenog isteka osiguranja, o sopstvenom trošku. Prva premija, odnosno prva rata premije se plaća prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, a u svakom slučaju pre početka osiguranja. Poslednju godišnju premiju ugovarač osiguranja je dužan da plati za osiguravajuću godinu u kojoj je nastupio osigurani slučaj. Ako ta premija ne bude plaćena osiguravač ima pravo da iznos dospele neplaćene premije za celu osiguravajuću godinu u kojoj je nastupio osigurani slučaj odbije od naknade iz osiguranja koju je dužan da isplati ugovaraču osiguranja, korisniku osiguranja ili nekom trećem licu. Odredbe u vezi sa plaćanjem premije su navedene u tački 1. ovog dokumenta pod nazivom Valutna klauzula - KK 41.

5. Poreski propisi koji se odnose na osiguranje života

Naknada iz ove vrste osiguranja ne podleže obavezi plaćanja poreza.

6. Opšta isključenja i ograničenja u vezi sa rizicima pokrivenim osiguranjem – osnovno pokriće prema tarifama GRAWE Protect, RK5 i RK11

Osiguravač nema obavezu da isplati osiguranu sumu ako smrt osiguranika nastupi dok je neposredno učestvovao u:

- ratu ili sličnim događajima,
- nemirima, ustancima ili neredima,
- suzbijanju ili gušenju nemira, ustanka ili nereda, izuzev kod vršenja profesionalne dužnosti u zemlji.
- Osiguravač nema obavezu da isplati osiguranu sumu ako na osiguranom licu zbog počinjenog krivičnog dela bude izvršena smrtna kazna.
- Osiguravač ima obavezu da naknadi štetu ako osiguranik u svojstvu putnika pogine kod letenja u civilnom avionu (motorni avion, jedrilica) ili vojnom avionu kojim se prevoze putnici, pod uslovom da je takav avion s članovima posade registrovan za tu delatnost. Ako osiguranik pogine kod nekog drugog leta ili u nekom drugom svojstvu, osiguravač naknađuje štetu samo na osnovu posebnih uslova osiguranja, ako je takvo osiguranje ugovoreno.
- Ako osiguranik pogine na trkama vozila na kopnu, vodi, na avionskim takmičenjima ili na treningu za ta takmičenja, osiguravač naknađuje štetu samo na osnovu posebnih uslova osiguranja, ako je takvo osiguranje ugovoreno.
- Osiguravač naknađuje štetu na osnovu posebnih uslova osiguranja ako smrt osiguranika nastupi usred bavljenja opasnim vrstama sportova (npr. ronjenje).
- Izuzeto od odredaba u stavovima 3, 4 i 5 za ugovore duže od jedne godine tokom čitavog trajanja osiguranja, osiguravač je dužan da naknadi štetu od svih štetnih događaja koji nastanu zbog promene zvanja ili zanimanja i putovanja osiguranika, kao i trajnog ili privremenog boravka u bilo kom delu sveta. Pokriće za mogući štetni događaj usled dužih boravaka u klimatski nepovoljnim područjima, putovanja u politički nesigurna područja, odnosno učestvovanju na naučnim ili drugim ekspedicijama, podleže posebnim uslovima osiguranja. Ako pokriće na osnovu navedenih odredaba ne postoji, onda se umesto ugovorene sume osiguranja za slučaj smrti naknađuje samo matematička rezerva (rezerva pokrića). Ako je matematička rezerva viša od ugovorene naknade za slučaj smrti onda se isplaćuje samo naknada.
- Ako je osiguranje zaključeno za slučaj smrti nekog trećeg lica, osiguravač nema obavezu da naknadi štetu ako ugovarač osiguranja protivzakonitom radnjom namerno izazove smrt tog lica. Ako je u ugovoru o osiguranju za slučaj smrti navedeno neko treće lice kao korisnik osiguranja, ono nema pravo na naknadu, ako protivzakonitom radnjom namerno izazove smrt osiguranika.

6.1. Isključenja i ograničenja osiguravajućeg pokrića – dodatno pokriće od posledica nesrećnog slučaja koji ima za posledicu smrt – Tarifa UTZ

Nesrećnim slučajem se smatra svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji deluje mehanički ili hemijski na njegovo telo, izazivajući smrt. Nesrećnim slučajem se naročito smatraju sledeći događaji:

- davljenje;
 - opekotine, udar groma ili električne struje;
 - udisanje gasova i otrovnih para, uzimanje otrovnih materija ako do toga dolazi postepeno;
 - istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, kidanje zglobnog vezivnog tkiva, prelom zdravih kostiju, koji nastaje usled naglih telesnih pokreta.
- Osiguranje se odnosi i na nesrećne slučajeve koje osiguranici dožive kao putnici na redovnim linijama, odnosno službeno dozvoljenim letovima.
- Nesrećnim slučajem se ne smatra:
- smrt kao posledica izvršenja smrtnih kazni;
 - obične i zarazne bolesti, uticaj svetlosti, temperature, vremena i zračenja svih vrsta;
 - samoubistvo.

Osiguravajuće pokriće ne važi za:

- nesrećni slučaj koji osiguranik doživi usled epilepsije, teških nervnih bolesti ili psihičkih smetnji ili ako je slep, gluv, hrom ili je zbog nekog drugog razloga već 70% invalid;

- nesrećni slučaj usled povrede na radu ili napada, ako je do toga došlo kao posledica delovanja alkohola ili narkotika;
- nesrećni slučaj koji se dogodi osiguraniku kod privođenja od strane organa bezbednosti (policije) zbog namernog kršenja zakona ili propisa;
- nesrećni slučaj koji osiguranik doživi kod upravljanja motornim vozilom bez važeće dozvole za tu vrstu vozila, kao i kod upravljanja motornim vozilom koje služi za postizanje brzinskih rekorda i za vreme učestvovanja na treningu i takmičenju sa takvim vozilom;
- nesrećni slučaj usled ratnih događaja, nemira i nereda ako je osiguranik bio na strani izazivača nereda.

Osiguravač ne pruža osiguravajuće pokriće ako do smrti osiguranika dođe usled bolesti koja nema nikakve veze sa nesrećnim slučajem ili ako je smrt posledica promena stanja bolesti ili neke druge manjkavosti kod istoga.

Naknada štete će biti isplaćena samo u slučaju ako je nastupila smrt osiguranika kao posledica nesrećnog slučaja.

6.2. Isključenja i ograničenja osiguravajućeg pokrića – dodatno pokriće od posledica nesrećnog slučaja – Tarifa UI

Nesrećnim slučajem se smatra svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji deluje mehanički ili hemijski na njegovo telo, izazivajući telesne povrede ili smrt, potpunu ili delimičnu invalidnost, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć.

Nesrećnim slučajem se naročito smatraju sledeći događaji:

- davljenje (utopljenje), gušenje;
- opekotine, udar groma ili električne struje;
- udisanje gasova i otrovnih para, uzimanje otrovnih materija ako do toga dolazi postepeno;
- istegnuće (prsnuće) mišića, iščašenje, kidanje zglobnog vezivnog tkiva, prelom zdravih kostiju, koji nastaje usled naglih telesnih pokreta.

Osiguranje se odnosi i na nesrećne slučajeve koje osiguranici dožive kao putnici na redovnim linijama, odnosno službeno dozvoljenim letovima.

Osiguranje od nesrećnog slučaja obuhvata i:

- posledice dečje paralize i meningococcalitisa izazvanih ujednom krpelja, ako se bolest pojavila najmanje 15 dana nakon zaključenog osiguranja ili isteka osiguranja;
 - tetanus i besnilo izazvane nesrećnim slučajem.
- Nesrećnim slučajem se ne smatra:
- smrt kao posledica izvršenja smrtnih kazni;
 - obične i zarazne bolesti.

Iz osiguranja su isključeni slučajevi nastali za vreme:

- upravljanja avionom, korišćenja padobrana, vazduhoplova i drugih sličnih sredstava;
- učestvovanja na mototakmičenjima, probnim vožnjama i pripadajućim treninzima;
- učestvovanja na skijaškim takmičenjima, probnim vožnjama i pripadajućim treninzima;
- izvršenja ili pokušaja izvršenja krivičnih dela od strane osiguranika;
- ratnih događaja (posredno ili neposredno);
- unutrašnjih nemira i nereda ako je osiguranik bio na strani izazivača nereda;
- posrednog ili neposrednog uticaja jonizujućeg zračenja ili atomske energije (zračenja);
- nesrećnog slučaja koji je posledica srčanog udara (infarkta) ili moždane kapi. Srčani udar ne važi ni u kom slučaju kao posledica nesrećnog slučaja;
- nesrećnog slučaja koji osiguranik doživi kod upravljanja motornim vozilom bez važeće dozvole za tu vrstu vozila, kao i kod upravljanja motornim vozilom koje služi za postizanje brzinskih rekorda i za vreme učestvovanja na treningu i takmičenju sa takvim vozilom;
- usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika u trenutku nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se, ako se ne dokaže suprotno, da je nesrećni slučaj nastao usled delovanja alkohola na osiguranika:
 - ako je vozač motornog vozila imao u trenutku nastanka nesrećnog slučaja više od 0,5‰ (promila) alkohola ili više od 1‰ (promila) prilikom drugih nesreća. Smatra se da je osiguranik pod dejstvom narkotičkih sredstava ili psihoaktivnih supstanci ukoliko se utvrdi njihovo prisustvo u organizmu osiguranika u trenutku nastanka osiguranog slučaja.
 - ako je alkoktest pokazao alkoholisanost, a osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude tačno utvrđen stepen njegovog stanja;
 - ako odbije ili izbegne mogućnosti utvrđivanja količine alkohola u krvi;
- nesrećnog slučaja kao posledica zemljotresa;
- telesnih povreda kod lekarskog, odnosno operacionih zahvata koje osiguranik sam preduzima, osim ako to nije neophodno. Ako je uzrok tome bio osigurani slučaj, ne primenjuje se isključenje.
- ako je ugovarač osiguranja, korisnik ili osiguranik namerno prouzrokovao nesrećni slučaj.

Naknada štete će biti isplaćena samo u slučaju ako je nastupilo trajno telesno oštećenje ili smrt osiguranika kao posledica nesrećnog slučaja.

Kod utvrđivanja stepena invalidnosti dela tela ili organa koji je već ranije bio oštećen, vodi se računa o stepenu ranije invalidnosti koji se određuje na osnovu člana 7. Opštih uslova za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja AUVB 97. Ako su prethodne bolesti uticale da posledice budu veće, za odgovarajući deo treba umanjiti naknadu samo ako taj deo iznosi najmanje 25%.

Za organski uslovljene poremećaje nervnog sistema naknada će biti isplaćena samo onda ako su ti poremećaji prouzrokovani organskim smetnjama nastalim tokom nesrećnog slučaja. Psihički poremećaji (neuroze, psihoneuroze) ne smatraju se posledicama nesrećnog slučaja.

Kod hernija naknada će biti isplaćena samo ako su nastale pod direktnim mehaničkim delovanjem na kičmu, ali ne i ako se radi o pogoršanju bolesti nastalih pre nesrećnog slučaja.

Kod bruha svih vrsta na području trbuha i donjeg trbuha naknada će biti plaćena samo onda ako su bili izazvani direktno spoljnim mehaničkim delovanjem i nisu bili urođeni.

Kod dečje paralize i meningoencefalitisa visina naknade za slučaj smrti ili trajne invalidnosti ograničena je na iznos od 7.000 evra.

6.2.1. Lom kostiju zbog posledica nesrećnog slučaja

Pod osiguranim slučajem loma kostiju smatra se prelom kosti osiguranika koji podrazumeva potpuni ili delimični prekid kontinuiteta kosti koji je nastao kao posledica mehaničke sile na kost (traumatski prelomi), pri kome intenzitet mehaničke sile prelazi granicu fiziološke elastičnosti kostiju, a koji za posledicu može ili ne mora imati trajnu invalidnost osiguranika.

Obaveza osiguravača je ograničena na najviše 3 isplate naknade za lom kostiju tokom trajanja osnovnog osiguranja. Navedeno važi i u slučaju promene osigurane sume dodatnog osiguranja u toku trajanja osnovnog osiguranja.

U slučaju loma više kostiju ili višestrukog preloma jedne kosti u istom nesrećnom slučaju, isplatiće se iznos ugovorene osigurane sume za lom kosti, bez obzira na broj polomljenih kostiju u tom nesrećnom slučaju.

Pored opštih isključenja, obaveza osiguravača na isplatu naknade je isključena 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:

- rahitis;
- osteomalacija;
- poremećaji metabolizma kalcijuma i fosfora i slična stanja, ili u okviru lokalnih koštanih oboljenja kao što su koštane ciste;
- primarni koštani tumori;
- metastaze u kostima;
- osteomijelitis;
- ehinokokus;
- koštana tuberkuloza;
- druge bolesti kostiju.

Isključena je obaveza osiguravača i ako je nesrećni slučaj imao za posledicu:

- prelom zuba ili je zub neposredno nakon nesrećnog slučaja morao da bude izvađen;
- iščašenje zglobova.

6.2.2. Opekotine zbog posledica nesrećnog slučaja

Pod osiguranim slučajem opekotina se smatraju opekotine prvog i drugog stepena na površini tela od najmanje 10% ili opekotine trećeg i četvrtog stepena na površini tela od najmanje 2%, a koje su izazvane otvorenim plamenom, elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima, parom, bazama, kiselinama i slično.

Obaveza osiguravača je ograničena na najviše 3 isplate naknade za opekotine tokom trajanja osnovnog osiguranja. Navedeno važi i u slučaju promene osigurane sume dodatnog osiguranja u toku trajanja osnovnog osiguranja.

Pored opštih isključenja, isključena je obaveza osiguravača za osigurani slučaj opekotina nastalih od sunca za lica starija od 15 godina.

6.3. Isključenja i ograničenja osiguravajućeg pokrića – dopunsko osiguranje uz osiguranje života za slučaj nastanka određene teške bolesti – Tarifa RDZ 20

Osiguravajuće pokriće za sve teške bolesti počinje po isteku karence, odnosno vremena čekanja koje traje tri meseca računajući od dana koji je na polisi naveden kao početak osiguranja. Ako je u toku trajanja karence nastupio osigurani slučaj, osiguravač nije dužan da isplati naknadu iz osiguranja.

Ako osiguranik premine u roku od 30 dana od dana kada je lekar specijalista potvrdio dijagnozu određene teške bolesti, osiguravač nije dužan da isplati naknadu po osnovu dopunskog osiguranja za tešku bolest. U tom slučaju naknada iz osiguranja će biti isplaćena iz osnovnog osiguranja za slučaj smrti.

6.3.1. Isključenja pokrića za osigurane teške bolesti

1. Isključenja pokrića kod srčanog infarkta:

- srčani infarkt sa povećanjem troponina I ili troponina T ali bez elevacije ST spojnice po EKG nalazu (NSTEMI);
- povećanje troponina bez postojanja jasnih ishemičnih srčanih oboljenja (npr. miokarditis, plućna embolija);

- drugi aktuni koronarni sindromi (npr. stabilna ili nestabilna angina pectoris);
- infarkt miokarda koji nastupi 14 dana nakon koronarne angioplastike ili bajpas operacije;
- "nemi" srčani infarkt.

2. Isključenja pokrića kod bajpas operacije koronarnih arterija:

- bajpas operacija jedne koronarne arterije;
- koronarna angioplastika (PTCA) ili postavljanje stenta;
- svi nehirurški postupci lečenja (npr. lečenja laserom, laparoskopija).

3. Isključenja pokrića kod karcinoma:

- svi tumori koji su histološki klasifikovani kao predmaligni oblici, neinvazivni karcinomi ili "Carcinoma in situ" (uključujući duktalni i lobularni "carcinom in situ" dojke i displaziju cerviksa CIN-1, CIN-2 i CIN-3);
- melanomi histološki dokazive debljine manje od 1,5 mm ili dubine manje od Clark nivoa 3 (T1aN0M0);
- karcinom bazalnih ćelija (bazocelularni karcinom) i skvamoznih ćelija kože (planocelularni karcinom), osim ako postoje metastaze;
- karcinom pločastih epitelnih ćelija kože;
- Kaposi-sarkom i ostali tumori kod istovremenog postojanja HIV-infekcije ili AIDS-oboljenja;
- svaki karcinom prostate histološki dokazane TNM-klasifikacije T1 (uključujući i T1(a), T1(b), T1(c) ili neke slične ili niže klasifikacije), osim ako nije histološki klasifikovan kao Gleason (Glison) skor veći od 6 ili ako nije napredovao do najmanje TNM-klasifikacije T2N0M0;
- hronična limfocitna leukemija, osim ako nije uznapredovala do najmanje Binet B stadijuma;
- papilarni tiroidni kancer u prečniku manji od 1 cm i histološki opisan kao T1N0M0;
- papilarni mikro karcinom mokraćne bežike histološki opisan kao Ta;
- policitemija rubra vera (primarna policitemija) i esencijalna (primarna) trombocitemija;
- monoklonska gamopatija neodređenog značenja;
- kožni limfom, osim ako stanje ne zahteva lečenje hemoterapijom ili radijacijom;
- mikroinvazivni karcinom dojke (histološki klasifikovan kao T1mic), osim ako stanje ne zahteva mastektomiju, hemoterapiju ili radijaciju;
- mikroinvazivni karcinom cerviksa (histološki klasifikovan kao IA1 stadijum), osim ako stanje ne zahteva histerektomiju, hemoterapiju ili radijaciju.

4. Isključenja pokrića kod moždanog udara:

- oštećenja mozga ili krvnih sudova kao posledica traume, epilepsija, upalni procesi mozga;
- cerebralni simptomi kao posledica migrene, tumora mozga, hipoksije, infekcije ili medicinske intervencije;
- upalne i vaskularne bolesti koje oštećuju očni živac te ishemijski poremećaji vestibularnog sistema;
- prolazni ishemički poremećaji – TIA (kratkotrajni prolazni neurološki deficit uzrokovan ishemijom).
- lakunarne promene mozga koje nisu posledica ishemijske i hemoragijske prirode.

5. Isključenja pokrića kod hronično oboljenje bubrega:

Isključena su sva akutna oboljenja bubrega i bubrežnih funkcija i akutna (prolazna) otkazivanja bubrega koja su uzrokovana traumom ili drugim etiološkim uzrocima.

6. Isključenja pokrića kod transplantacije organa:

- sve vrste autolognih transplantacija (primalac i davalac je ista osoba);
- transplantacije drugih organa, delova tela ili tkiva, uključujući rožnjaču i kožu;
- transplantacija ostalih ćelija (uključujući ćelije Langerhansovih ostrvaca i matične ćelije, osim hematopoetskih matičnih ćelija – nezrele krvne ćelije koje imaju potencijal diferencijacije u sve vrste krvnih ćelija).

7. Isključenja pokrića kod multipla skleroze:

- moguća multipla skleroza i neurološki ili radiološki izolovani sindromi koji nagoveštavaju, ali ne potvrđuju multipla sklerozu;
- izolovani optički neuritis (zapaljenje oćnog nerva) i optički neuromijelitis.

8. Isključenja pokrića kod paralize (oduzetosti):

- paraliza koja nastane kao posledica samopovređivanja ili psiholoških poremećaja;
- Guillain-Barre sindrom (Gijen-Bareov sindrom)
- povremena ili nasledna paraliza.

9. Isključenja pokrića kod slepila:

- potpuni gubitak vida na jednom oku;
- sve vrste prolaznih i reverzibilnih oštećenja vida jednog ili oba oka.

10. Isključenja pokrića kod operacije aorte:

- operacija bilo koje grane trbušne ili grudne aorte (uključujući i bajpas femoralnih-bedrenih ili ilijačnih aorti);
- operacija aorte zbog naslednog poremećaja vezivnog tkiva (npr. Marfan sindrom, Ehlers-Danlos sindrom);

- operacija zbog traumatskih oštećenja (povreda) aorte;
 - minimalno invazivne procedure kao što je endovaskularna reparacija.
11. Isključenja pokrića kod zamene srčanih zalistaka (valvula):
Isključene su balonska valvuloplastika, perkutana transvenska komisurotomija, kao i minimalno invazivne procedure i procedure bazirane na kateterizaciji.
 12. Isključenja pokrića kod dobroćudnog (benignog) moždanog tumora:
 - sve ciste, granulomi moždanog tkiva, urođene i/ili stečene malformacije arterija i vena mozga, kao i malformacije unutar njih (arteriovenske malformacije krvnih sudova mozga);
 - hematomi mozga, tumori žlezde hipofize i kičmeni tumori.
 13. Isključenja pokrića kod kome:
Isključene su sve kome koje su nastale zbog upotrebe alkohola i droge, kao i kome koje su nastale zbog trovanja lekovima sa ciljem izvršenja samoubistva. Takođe, isključeno je i pokriće za medicinski indukovane kome.
 14. Isključenja pokrića kod hroničnog oboljenja jetre:
Isključene su sve ciroze jetre, hronične bolesti jetre do stadijuma zatajenja jetre, a koji su uzrokovani korišćenjem alkohola i/ili droga (uključujući hepatitis B ili C koji su dobijeni zbog intravenozne upotrebe droge). Takođe, isključen je i najmanji rizik ciroze jetre, stepen A po klasifikaciji Child-Turcotte-Pughov sistemu bodovanja.
 15. Isključenja pokrića kod terminalne hronične opstruktivne bolesti pluća:
 - upalne i granulomatozne bolesti pluća;
 - zatajenja u disanju zbog akutnih (reverzibilnih) respiratornih bolesti;
 - zatajenja u disanju zbog tumorskih bolesti i slično.
 16. Isključenja pokrića kod gubitka ekstremiteta (udova):
Iz pokrića je isključen gubitak ekstremiteta (udova) koji je posledica samopovređivanja.
 17. Isključenja pokrića kod teške traume (povreda) glave:
 - sve blaže kranocerebralne povrede glave, bez trajno zaostalih neuroloških ispada;
 - posttraumatska epilepsija;
 - stanja nakon operacije intracerebralnog hematoma posttraumatske geneze;
 - sve teške povrede glave koje su nastale kao posledica samopovređivanja, korišćenja alkohola ili droga.
 18. Isključenja pokrića kod teških opekotina:
 - svi oblici opekotina I (prvog) i II (drugog) stepena;
 - opekotine III (trećeg) stepena koje su nastale kao posledica samopovređivanja.
 19. Isključenja pokrića kod gubitka glasa i funkcije govora:
 - sve prolazne smetnje funkcije govora;
 - gubitak govora kao posledica psihijatrijskih poremećaja.
 20. Isključenja pokrića kod gluvoće (gubitka sluha)
Isključena je presenilna i senilna (staračka) gluvoća.

6.4. Opšta isključenja iz dopunskog osiguranja od teških bolesti

1. Osiguravač nema obavezu da isplati osiguranu sumu ako je osigurani slučaj nastao:
 - zbog neposrednih ili posrednih uticaja rata, bez obzira da li je rat bio objavljen ili nije, ili ratu sličnih događaja;
 - kao posledica terorizma;
 - zbog neposrednih ili posrednih uticaja nemira, ustanaka ili nereda ako je osigurani učestvovao na strani izazivača nemira, ustanaka ili nereda, osim kod vršenja profesionalne dužnosti u zemlji;
 - zbog zemljotresa ili drugih prirodnih katastrofa;
 - zbog neposrednih ili posrednih uticaja nuklearnih rizika, atomske energije ili jonizujućih zračenja;
 - zbog izvršenja ili pokušaja izvršenja krivičnih dela od strane osiguranih, ugovarača osiguranja ili korisnika osiguranja;
 - kod lečenja odnosno operacionih zahvata koje osigurani samoinicijativno preduzimaju, osim ako to nije medicinski neophodno;
 - zbog dužih boravaka ili putovanja u klimatski nepovoljna područja, putovanja u politički nesigurna područja, odnosno učestvovanja na naučnim ili drugim ekspedicijama.
2. Uz isključenja navedena u stavu 1. ove tačke, u slučajevima kada je osigurani slučaj nastao kao posledica nezgode, osiguravač nema obavezu da isplati osiguranu sumu ni u slučajevima kada je osigurani slučaj ili nezgoda koja ga je prouzrokovala, nastao:
 - prilikom delovanja vojinih minsko-eksplozivnih ili sličnih borbenih sredstava;
 - prilikom korišćenja vazduhoplova, padobrana i drugih naprava za letenje. Izuzetno od odredbe ove tačke osiguranjem su obuhvaćeni osigurani slučajevi koje osigurani doživljavaju kao putnici na službeno dozvoljenim civilnim (putničkim) letovima. Putnikom se smatra svako lice koje nije član letačke i kabinske posade aviona i drugog vazduhoplovnog osoblja koje obavlja poslove održavanja (tehničari, mehaničari i drugo), rukovanja

odnosno opsluživanja aviona, koje nije službeno lice te mu avion ne služi za obavljanje službene delatnosti, ako nije drugačije ugovoreno.

- prilikom učestvovanja na mototakmičenjima, autotakmičenjima ili drugim takmičenjima odnosno trkama vozilima na kopnu, vodi ili u vazduhu, pripadajućim treninzima ili probnim vožnjama, bilo u svojstvu takmičara ili drugih učesnika ili službenog osoblja;
 - prilikom bavljenja opasnim vrstama sportova ili takmičenja (npr. alpinizam, freeclimbing, base jumping, bungee jumping, borilački sportovi, jahanje, ronjenje, skokovi u vodu sa visine veće od 10 m, brdski biciklizam i slično);
 - u slučaju kada osigurani upravlja motornim vozilom, plovilom ili vazduhoplovom bez odgovarajuće dozvole za upravljanje tom kategorijom vozila, odnosno plovila. Smatra se da osigurani poseduje propisanu službenu ispravu za upravljanje određenom kategorijom motornog vozila, plovila ili vazduhoplova kada radi pripreme ili polaganja ispita za dobijanje službene isprave upravlja uz neposredan nadzor službeno ovlašćenog stručnog instruktora. Osiguravač ne može da se pozove na oslobađanje od svoje obaveze, ako osigurani dokaže da neposredovanje odgovarajuće propisane službene isprave nema uticaja na nastanak osiguranog slučaja i obim obaveze osiguravača.
 - usled dokazane uzročne veze nastanka nezgode i delovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranih. Smatra se, osim ako se ne dokaže suprotno, da je osigurani slučaj kao posledica nezgode nastao zbog delovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranih:
 - ako se analizom krvi ili drugom metodom merenja količine alkohola u organizmu utvrdi da je u vreme nastanka nesrećnog slučaja udeo alkohola u krvi osiguranih iznosio 10,8 mil. mola (0,5‰) i više, ako je osigurani upravljao motornim vozilom, vazduhoplovom ili plovim objektom bilo koje vrste, odnosno 21,6 mil. mola (1‰) i više u svim ostalim slučajevima;
 - ako je alkotest pokazao alkoholisanost, a osigurani se nije potrudio da putem analize krvi bude tačno utvrđen stepen njegovog stanja;
 - ako osigurani odbije da se podvrgne ispitivanju alkoholisanosti ili uticaju narkotičkih sredstava ili ako izbegne mogućnost utvrđivanja stepena svoje alkoholisanosti ili uticaja narkotika.
3. Osiguravač nema obavezu da isplati osiguranu sumu ni u slučajevima u kojima je teška bolest, odnosno stanje, neposredno ili posredno prouzrokovano:
 - uživanjem alkohola, droga ili drugih narkotičkih sredstava, uzimanjem otrova ili zloupotrebom lekova (od toga su izuzeti lekovi koji se uzimaju po lekarskoj preporuci i pod lekarskim nadzorom);
 - namernim prouzrokovanjem ili izazivanjem bolesti, namernim narušavanjem telesnih ili duševnih sposobnosti, namernim samopovređivanjem ili pokušajem samoubistva;
 - zračenjem energijom, neutronima svake energije, laserskim i mikrotalasnim zracima ili veštački stvorenim ultraljubičastim zracima (osim u slučajevima ako je zračenje usledilo po lekarskoj preporuci, od strane lekara i pod lekarskim nadzorom, a sve u svrhe lečenja);
 - neposrednim ili posrednim uticajem AIDS-a ili HIV infekcije;
 - zbog slučajeva koji nastanu osiguranih grubim kršenjem zakonskih, ugovornih ili bezbednosnih obaveza kao i u slučajevima koji nastanu iz krajnje nepažnje ili nehata osiguranih, naročito grubim kršenjem saobraćajnih propisa, neopravdanim izlaganjem prekomernim ili neuobičajnim rizicima, opasnostima ili štetnim uticajima i slično.
 4. Izuzeto od odredbi prethodnih stavova, ako je korisnik osiguranja različito lice od osiguranih te namerno ili prevarom prouzrokuje osigurani slučaj, onda osiguravač nije u obavezi da mu isplati nikakvu naknadu.
 5. Osiguravač nije u obavezi da isplati nikakvu naknadu iz osiguranja ako osigurani ili korisnik osiguranja na prevaru pokuša da ostvari naknadu, a naročito u slučajevima falsifikovanja ili pokušaja falsifikovanja dokumentacije, u slučajevima netačnih prijava, izjava ili davanja netačnih iskaza osiguravaču, lekaru ili sudu.

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

7.1. Raskid ugovor o osiguranju

7.1.1. Neplaćanje premije kao osnov za raskid ugovora

U slučaju da ugovarač osiguranja ne plati premiju po dospelosti na osnovu obaveštenja ili opomene koju mu dostavlja osiguravač niti to uradi drugo zainteresovano lice, osiguravač nema mogućnost da njeno plaćanje zahteva sudskim putem. U tom slučaju ugovor će biti raskinut ako ugovarač, odnosno zainteresovano lice ne uplati premiju u roku koji je naveden u opomeni o neplaćanju premije koju osiguravač dostavlja ugovaraču osiguranja. Ugovarač osiguranja ima pravo da raskine ugovor o osiguranju života u svakom momentu. U slučaju raskida ugovora iz ove tačke osiguravač zadržava do tada uplaćenu premiju i ugovarač osiguranja nema pravo na povrat uplaćene premije. U slučaju raskida ugovora prestaje da važi osnovno osiguranje i sva dodatna osiguranja.

7.1.2. Netačna prijava pre zaključenja ugovora o osiguranju kao osnov za raskid ugovora

U ponudi za osiguranje života moraju da budu istinito, potpuno i tačno navedeni svi traženi podaci potrebni za zaključenje ugovora o osiguranju i preuzimanje rizika koji se osiguravaju.

Osiguravač ima pravo nakon prijema ponude da zatraži i dodatne podatke bitne za zaključenje ugovora o osiguranju, uključujući i nalaze lekarskog pregleda osiguranika, kao i da traži da osiguranik obavi određeni lekarski pregled.

Netačnom prijavom okolnosti značajnih za procenu rizika se smatra neistinito, netačno ili nepotpuno popunjavanje odgovora na pitanja postavljenih u ponudi za osiguranje/zahtevu za reaktiviranje osiguranja, a odgovori su morali biti poznati ili nisu mogli ostati nepoznati ugovaraču osiguranja/osiguraniku.

7.1.2.1. Namerna netačna prijava

Ako je ugovarač osiguranja namerno učinio netačnu prijavu ili namerno prećutao neku okolnost takve prirode da osiguravač ne bi zaključio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, osiguravač može da zahteva poništenje ugovora. Poništaj se sprovodi u sudskom postupku u okviru koga se taj ugovor sudskom presudom oglašava ništavim. U slučaju poništenja ugovora zbog namerne netačne prijave ili namerno prećutanih okolnosti, osiguravač ima pravo da zadrži naplaćenu premiju i pravo da zahteva plaćanje premije za period do dana podnošenja tužbe za poništenje ugovora. Pravo osiguravača da zahteva poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od 3 meseca od dana saznanja za netačnost prijave ili prećutane okolnosti ne izjavi ugovaraču osiguranja da namerava da koristi to pravo.

7.1.2.2. Nenamerna netačna prijava

Ako je ugovarač osiguranja učinio netačnu prijavu ili je propustio da pruži dužno obaveštenje, a to nije učinio namerno, osiguravač može, po svom izboru, u roku od mesec dana od saznanja za netačnost ili nepotpunost prijave:

- da izjavi da raskida ugovor o osiguranju. Ugovor o osiguranju prestaje nakon isteka 14 dana od dana kada je osiguravač svoju izjavu o raskidu saopštio ugovaraču osiguranja.
- da predloži smanjenje osigurane sume za slučaj smrti. U ovom slučaju raskid nastupa po samom zakonu ako ugovarač osiguranja ne prihvati predlog osiguravača u roku od 14 dana računajući od dana kada je primio predlog osiguravača.

7.1.3. Nastupanje osiguranog slučaja

Ako se osigurani slučaj dogodio pre nego što je utvrđena netačnost ili nepotpunost prijave ili nakon toga, ali pre raskida ugovora o osiguranju, odnosno pre postizanja sporazuma o smanjenju osigurane sume, osiguravač će da isplati umanjenju osiguranu sumu, umesto prvobitno ugovorene.

7.1.4. Neprijavlivanje promene zanimanja pre zaključenja i tokom trajanja ugovora o osiguranju

Ugovarač osiguranja/osiguranik je pre zaključenja ugovora i tokom trajanja ugovora dužan da, pisanim putem bez odlaganja, obavesti osiguravača o promeni zanimanja osiguranika.

Ako promena zanimanja osiguranika ima za posledicu povećanje rizika, osiguravač ima pravo da smanji osiguranu sumu za slučaj smrti, osiguranu sumu za dodatno osiguranje za smrt usled nezgode i dopunsko osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti. Za osiguranje od posledica nesrećnog slučaja, osiguravač ima pravo da poveća premiju. U svim slučajevima osiguravač obaveštava ugovarača osiguranja.

Ako promena zanimanja osiguranika ima za posledicu takvo povećanje rizika da osiguravač ne bi zaključio ugovor da je takvo stanje postojalo u trenutku zaključenja ugovora, osiguravač ima pravo da raskine ugovor o osiguranju.

Ako ugovarač osiguranja pristane na smanjenje osigurane sume, odnosno povećanje premije, navedena promena se primenjuje od početka naredne osiguravajuće godine. Ako ugovarač osiguranja ne pristane na smanjenje osigurane sume u roku od 14 dana od prijema obaveštenja o smanjenju osigurane sume, odnosno povećanju premije, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu.

Ugovor o osiguranju ostaje na snazi i osiguravač se više ne može koristiti ovlašćenjima da predloži ugovaraču osiguranja smanjenje osigurane sume ili da raskine ugovor, ako ne iskoristi ta ovlašćenja u roku od mesec dana otkad je na bilo koji način saznao za povećanje rizika ili ako još pre isteka tog roka na neki način pokaže da pristaje na produženje ugovora o osiguranju (ako primi premiju, isplati naknadu iz osiguranja za osigurani slučaj koji se dogodio nakon tog povećanja i slično).

U slučaju kad se posle zaključenja ugovora o osiguranju dogodilo smanjenje rizika (npr. dodatni rizik zbog zanimanja osiguranika), ugovarač osiguranja ima pravo da zahteva odgovarajuće smanjenje premije, računajući od dana kada je o smanjenju obavestio osiguravača. Ako osiguravač ne pristane na smanjenje premije, ugovarač osiguranja može da raskine ugovor.

Ako se osigurani slučaj dogodio pre nego što je utvrđena netačnost ili nepotpunost prijave ili nakon toga, ali pre raskida ugovora o osiguranju, odnosno

pre postizanja sporazuma o smanjenju osigurane sume, osiguravač će da isplati umanjenju osiguranu sumu, umesto prvobitno ugovorene.

7.1.5. Ostali slučajevi raskida

Ugovor se raskida i danom smrti osiguranika o čemu osiguravač obaveštava ugovarača osiguranja, kao i danom isteka ugovora o osiguranju. Osiguranje jedne od određenih teških bolesti se raskida danom nastupanja osigurane teške bolesti navedene u tački 3. ovih predugovornih informacija.

U slučaju stečaja ugovarača osiguranja, osiguranje se nastavlja, ali ugovarač osiguranja i osiguravač imaju pravo da raskinu ugovor o osiguranju u roku od tri meseca od otvaranja stečaja, u kom slučaju stečajnoj masi ugovarača osiguranja pripada deo plaćene premije koji odgovara preostalom vremenu osiguranja.

7.2. Odustanak od ugovora o osiguranju

Ugovarač osiguranja ima pravo da odustane od ponude na način i u skladu sa rokovima opisanim u tački 8. ovih predugovornih informacija.

Ugovarač osiguranja u svakom momentu tokom trajanja ugovora može da odustane od ugovora o osiguranju i prestane sa plaćanjem premije. U tom slučaju se primenjuju odredbe tačke 7.1.1. ovih predugovornih informacija.

8. Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Pisana ponuda učinjena osiguravaču obavezuje podnosioca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od 8 dana otkad je ponuda prispela osiguravaču, a ako je potreban lekarski pregled osiguranika, onda za vreme od 30 dana.

Ako osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uslova za predloženo osiguranje, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju zaključen. U tom slučaju ugovor se smatra zaključenim onog dana kada je ponuda prispela osiguravaču.

Ako osiguravač izjavi da prihvata ponudu i istovremeno predloži da se ona u nečemu izmeni i/ili dopuni, ugovor o osiguranju se smatra zaključenim sa danom kada je osiguravač obavešten o pristanku podnosioca ponude na predložene izmene i/ili dopune.

U slučaju da osiguravač u toku procene rizika zahteva dodatne informacije ili dokumentaciju, a podnosilac ponude ih ne dostavi u roku navedenom u zahtevu za dopunu dokumentacije, smatraće se da je odustao od ponude.

Osiguravač ima pravo da odbije ponudu, bez navođenja razloga.

Ugovarač osiguranja ima pravo, bez navođenja razloga, da odustane od ponude u rokovima iz stava 1. ove tačke. Ako ugovarač osiguranja u međuvremenu nije dao drugu ponudu koju je osiguravač prihvatio, osiguravač ima pravo da od njega traži naknadu troškova lekarskog pregleda, ako je obavljen o trošku osiguravača.

U slučajevima iz stavova 4, 5 i 6. ove tačke osiguravač će vratiti podnosiocu ponude ukupan iznos do tada uplaćene premije, ali nije dužan da vrati ponudu sa priloženim dokumentima.

Ako u periodu od podnošenja ponude pa do isteka roka od 8 dana od dana prijema ponude, odnosno 30 dana ako je potreban lekarski pregled, dođe do povećanja rizika, ugovarač osiguranja je dužan da o tome odmah obavesti osiguravača. Pod povećanjem rizika podrazumeva se svaka promena promena zdravstvenog stanja (uključujući i povrede), promena zanimanja, bavljenje sportom i hobiem koji za posledicu imaju povećanje rizika.

9. Osnovica i kriterijumi za učešće u dobiti i načini i rokovi za isplatu učešća u dobiti

Kod osiguranja života za slučaj smrti osiguranika, kao i po osnovu zaključenih dopunskih osiguranja ne postoji pravo na dobit.

10. Otkup ugovora o osiguranju

Kod osiguranja života za slučaj smrti osiguranika ne postoji pravo na otkup. To znači da ne postoji pravo ugovarača osiguranja na isplatu otkupne vrednosti u toku trajanja ugovora o osiguranju. Ni za ugovorena dopunska osiguranja ne postoji pravo na isplatu otkupne vrednosti.

11. Kapitalizacija

Kod ugovora o osiguranju života za slučaj smrti osiguranika ne postoji mogućnost kapitalizacije. To znači da ugovarač osiguranja nema mogućnost da zatraži izmenu ugovora o osiguranju za slučaj smrti osiguranika u osiguranje oslobođeno plaćanja premije (kapitalizacija) koje podrazumeva nastavak trajanja ugovora o osiguranju do isteka, bez daljeg plaćanja premije. Ni ugovorena dopunska osiguranja nije moguće da budu kapitalizovana.

12. Predujam

Po ugovoru o osiguranju života za slučaj smrti osiguranika ne može da bude odobrena isplata predujma.

13. Vinkulacija ugovora o osiguranju i doplatak za nemogućnost pobijanja

Polisa osiguranja života za slučaj smrti osiguranika može biti data u zalogu (vinkulirana). Vinkulacija polise može da traje najkasnije do isteka ugovorenog trajanja osiguranja, a najviši iznos koji može da se vinkulira je u visini osigurane sume.

Da bi polisa mogla da se vinkulira, potrebno je da ugovarač osiguranja dostavi popunjen i potpisan obrazac "Zahtev za vinkulaciju (Osiguranje života)". Potpis osiguranika je potreban samo ako ugovarač osiguranja i osiguranik nisu isto lice i pod uslovom da je i osiguranik punoletno lice. Navedeni obrazac se dostavlja uz ponudu za osiguranje života za slučaj smrti osiguranika, a dostupan je na internet stranici osiguravača <https://www.grawe.rs/download-centar/>.

Polise osiguranja života zaključene po Tarifi GRAWE Protect ne moraju da budu vinkulirane. Polise osiguranja života zaključene po Tarifi RK5 ili RK11 moraju obavezno da budu vinkulirane.

Ako ugovarač osiguranja založi (vinkulira) polisu osiguranja života za slučaj smrti osiguranika, postoji mogućnost da uplati i jednokratni doplatk za nemogućnost pobijanja. Ako ugovarač osiguranja ne uplati navedeni doplatk, onda ne postoji pokriće za osiguranje života u slučaju da osiguranik izvrši samoubistvo u prvoj godini trajanja osiguranja.

Doplatk za nemogućnost pobijanja se obračunava nakon podnošenja zahteva za vinkulaciju, a iznos je naveden u tački 4. ovih predugovornih informacija.

Doplatk za nemogućnost pobijanja se plaća jednokratno i u celosti, odnosno ne može da se plati u ratama, bez obzira na ugovorenu dinamiku plaćanja premije.

14. Reaktiviranje ugovora o osiguranju

Ugovor o osiguranju života za slučaj smrti osiguranika može da bude reaktiviran u slučaju kada je raskinut zbog neplaćene premije. Sva dodatna osiguranja koja su zaključena uz osiguranje života za slučaj smrti takođe mogu da se reaktiviraju.

Ugovor može da se reaktivira najviše u roku od jedne godine od datuma sa kojim je polisa stornirana, a sve zaostale premije, odnosno rate premije moraju da budu plaćene.

Prilikom reaktiviranja polise osiguranja potrebno je da ugovarač osiguranja dostavi pisani zahtev i izjavu o zdravstvenom stanju, podnet na obrascu osiguravača "Zahtev za promene na polisi" koji je dostupan na internet stranici osiguravača <https://www.grawe.rs/download-centar/>. Isti zahtev se primenjuje i za reaktiviranje svih dodatnih osiguranja koja su zaključena uz osiguranje života za slučaj smrti osiguranika.

Osiguravajuće pokriće po reaktiviranom ugovoru počinje kada stručne službe prihvate zahtev za reaktiviranje, odnosno sa prihvatanjem rizika koji se procenjuje na osnovu izjave o zdravstvenom stanju. Za početak osiguravajućeg pokrića po reaktiviranom ugovoru potrebno je i da uplate svih zaostalih premija, odnosno rata premije budu registrovane kod osiguravača.

Zahtev mora da bude potpisan od strane ugovarača osiguranja, a potpis osiguranika je potreban samo ako ugovarač osiguranja i osiguranik nisu isto lice i pod uslovom da je i osiguranik punoletno lice.

15. Način i rok za podnošenje zahteva za naknadu iz osiguranja

15.1. Način podnošenja zahteva za naknadu iz osiguranja

Korisnik usluge osiguranja svoje pravo na isplatu naknade iz osiguranja ostvaruje podnošenjem odgovarajuće prijave nastupanja osiguranog slučaja na obrascu osiguravača koji je dostupan na internet stranici osiguravača <https://www.grawe.rs/download-centar/>. Uz popunjen obrazac osiguravača potrebno je dostaviti sledeću dokumentaciju:

1. kopiju službenog ličnog dokumenta korisnika osiguranja sa fotografijom (lična karta, pasoš),
2. broj računa korisnika osiguranja kod poslovne banke.

Ako je nastupio osigurani slučaj smrti, uz prijavu je potrebno da se dostavi sledeća dokumentacija:

1. kopija izvoda iz matične knjige umrlih osiguranika;
2. celokupna medicinska dokumentacija u vezi sa uzrokom nastalog osiguranog slučaja i po potrebi kopija zdravstvenog kartona osiguranika, a ako nije bilo lečenja, potvrdu lekara koji je utvrdio osiguranikovu smrt;
3. svu potrebnu medicinsku i ostalu dokumentaciju u vezi sa nastankom osiguranog slučaja.

Ako je nastupila trajna invalidnost osiguranika usled doživljenog nesrećnog slučaja, potrebno je dostaviti sledeću dokumentaciju:

1. popunjen obrazac osiguravača za prijavu nesrećnog slučaja;
2. prvi medicinski izveštaj nakon doživljenog nesrećnog slučaja;
3. medicinsku dokumentaciju o toku lečenja, uključujući i poslednji nalaz doktora specijaliste (u zavisnosti od vrste povrede).

Ako je nastupila smrt osiguranika usled doživljenog nesrećnog slučaja, potrebno je dostaviti sledeću dokumentaciju:

1. popunjen obrazac osiguravača za prijavu smrtnog slučaja usled nezgode;
2. fotokopiju izvoda iz matične knjige umrlih;
3. potvrdu o smrti ili otpusnu listu, medicinsku dokumentaciju, fotokopiju obdukcionog nalaza, dokument nadležnog organa o okolnostima nesrećnog slučaja (zapisnik MUP-a, rešenje sudije za prekršaje, presuda i sl.).

Ako je nastupila teška bolest osiguranika, potrebno je dostaviti sledeću dokumentaciju:

1. popunjen obrazac osiguravača za prijavu nastanka teške bolesti;
2. medicinsku dokumentaciju o toku lečenja i zdravstveni karton.

Osiguravač ima pravo da zahteva i drugu dokumentaciju i dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu naknade iz osiguranja.

15.2. Rok za postupanje osiguravača o podnetom zahtevu za naknadu iz osiguranja

Kada se dogodi osigurani slučaj, osiguravač je dužan da isplati naknadu iz osiguranja u roku od 14 dana računajući od dana kada je primio obaveštenje da se osigurani slučaj dogodio. Ako je za utvrđivanje postojanja obaveze osiguravača ili njenog iznosa potrebno određeno vreme, rok od 14 dana počinje da teče kada je utvrđeno postojanje obaveze i njen iznos. Ako iznos obaveze osiguravača ne bude utvrđen u navedenim rokovima, osiguravač je dužan, bez odlaganja, da isplati iznos nespornog dela svoje obaveze.

Troškove koji nastanu u vezi sa podnošenjem prijave štete ili zahteva za isplatu naknade, kao i u vezi sa obezbeđivanjem neophodne dokumentacije potrebne za obradu zahteva za isplatu naknade iz osiguranja snosi korisnik osiguranja, odnosno lice koje je podnelo zahtev za isplatu naknade iz osiguranja.

15.3. Rok za podnošenje zahteva za naknadu iz osiguranja

Pravo na isplatu naknade iz osiguranja korisnik usluge osiguranja može da ostvari u roku od 5 godina, računajući od prvog dana posle proteka kalendarske godine u kojoj je potraživanje iz ugovora o osiguranju nastalo.

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

Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor na rad Društva u pisanom obliku na jedan od sledećih načina:

- lično u sedištu Društva ili u prodajnoj kancelariji. Spisak prodajnih kancelarija se nalazi na sledećem linku - <https://www.grawe.rs/kontakt/>
- poštom na adresu sedišta: Grawe osiguranje a.d.o. Beograd, Bulevar Mihajla Pupina 115D, 11070 Beograd
- preko zvanične internet prezentacije Društva, popunjavanjem forme za podnošenje prigovora putem linka Način podnošenja prigovora
- slanjem na imejl adresu prigovor.klijenta@grawe.rs

Prigovor mora da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

1. Ako prigovor podnosi fizičko lice: ime, prezime i adresu prebivališta/boravišta;
2. Ako prigovor podnosi pravno lice: poslovno ime i sedište pravnog lica, ime i prezime ovlašćenog lica koje podnosi prigovor u ime pravnog lica;
3. Ako se prigovor podnosi preko punomoćnika – dostavlja se i posebno punomoćje za zastupanje kojim korisnik usluge osiguranja 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 daje odobrenje da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se odnose na njega a predstavljaju podatke o ličnosti, odnosno tajne podatke, u smislu odgovarajućih zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajnih podataka.

4. Razloge za prigovor i zahteve korisnika usluge osiguranja;

5. Dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;

6. Datum podnošenja prigovora;

7. Potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi.

Društvo je dužno da korisniku usluge osiguranja na njegov zahtev, izda potvrdu o prijemu prigovora, sa naznakom mesta i vremena prijema, kao i lica zaposlenog u Društvu koje je prigovor primilo.

Društvo je dužno da podnosiocu prigovora odgovori pisanim putem u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Ako Društvo ne može da dostavi odgovor u roku iz tog stava iz razloga koji ne zavise od njegove volje, taj rok može da se produži za najviše 15 dana, o čemu je Komisija za prigovore dužna da obavesti korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora.

17. 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 je Narodna banka Srbije, Kralja Petra 12, 11000 Beograd.

Odlukom o postupku po prigovoru korisnika usluge osiguranja («Službeni glasnik RS», broj 87/2021, je bliže uređen način zaštite prava i interesa osiguranika, ugovarača osiguranja i korisnika osiguranja (dalje: korisnik usluge osiguranja) kao i način posredovanja u rešavanju odštetnih zahteva, podnošenje prigovora korisnika usluge osiguranja i postupanja po tom prigovoru.

Ako je korisnik usluge osiguranja nezadovoljan odlukom Društva o prigovoru ili mu odluka nije dostavljena u roku od 30 dana od dana prijema prigovora, pre pokretanja sudskog spora, može Narodnoj banci Srbije da podnese prigovor ili predlog za posredovanje u pisanoj formi, u roku od šest meseci od dana prijema Odluke Komisije za prigovore odnosno u roku od šest meseci od proteka roka za odlučivanje Društva po prigovoru i to:

- poštom na adresu: Narodna banka Srbije, Sektor za zaštitu korisnika finansijskih usluga, Nemanjina 17, 11000 Beograd ili Poštanski fah 712, 11000 Beograd
- preko zvanične internet prezentacije Narodne banke Srbije, popunjavanjem forme za podnošenje prigovora putem linka

https://www.nbs.rs/sr_RS/formulari/prigovor-osiguranje/index.html

18. Zaključenje ugovora preko zastupnika u osiguranju

Ako je ugovor zaključen preko zastupnika u osiguranju ili preko društva za posredovanje u osiguranju, ugovarač osiguranja ima pravo, a zastupnik u osiguranju/društvo za posredovanje u osiguranju obavezu, da mu pored predugovornih informacija osiguravača uruči i informacije o zastupniku u osiguranju/društvu za posredovanje u osiguranju u skladu sa članom 111. Zakona o osiguranju.

Zastupnikom u osiguranju se u smislu tačke 18. ovih predugovornih informacija smatraju: društvo za zastupanje u osiguranju, zastupnik u osiguranju – preduzetnik (agencija za zastupanje u osiguranju), banka, davalac finansijskog lizinga i javni poštanski operator koji obavljaju poslove zastupanja u osiguranju.

Zastupnik osiguravača pri izradi ponude nije ovlašćen za zaključivanje ugovora o osiguranju života i ne može preuzeti obaveze koje nisu u vezi sa ponudom.

Društvo za posredovanje u osiguranju je privredno društvo sa sedištem u Republici koje je u registar nadležnog organa upisano na osnovu dozvole Narodne banke Srbije za obavljanje poslova posredovanja u osiguranju.

IZJAVA UGOVARAČA OSIGURANJA PRE ZAKLJUČENJA UGOVORA O OSIGURANJU ŽIVOTA

1. Ugovarač osiguranja (i osiguranik) je odgovoran je za tačnost (istinitost) i potpunost svih podataka navedenih u ponudi i svojim potpisom na ovom dokumentu to i potvrđuje.
2. Ugovarač osiguranja izričito izjavljuje da su svi podaci dati na ponudi za osiguranje tačni i istiniti, a naročito podaci o zdravstvenom stanju, kao i da nije prečutao ni jednu od okolnosti vezanih za njegovo zdravstveno stanje, zanimanje, bavljenje sportom, hobiem i godine života, te da je osiguravaču dao potpune i tačne odgovore u ponudi. U slučaju da osiguravač naknadno utvrdi da je prečutana jedna od navedenih okolnosti koje su za osiguravača značajne za ocenu rizika, ugovarač osiguranja izjavljuje da prihvata da prečutana okolnost može dovesti do posledica opisanih u tački 6. ovih predugovornih informacija. Ugovarač osiguranja je saglasan sa ovom odredbom i svojim potpisom na ovom dokumentu to i potvrđuje. Ugovarač osiguranja je saglasan da će, u slučaju da dođe do povećanja rizika zbog promene zanimanja, nakon podnošenja ponude, odmah i bez odlaganja o tome da obavesti osiguravača. Ugovarač osiguranja je saglasan sa ovom odredbom i svojim potpisom na ovom dokumentu to i potvrđuje.
3. Ugovaraču osiguranja je dato na znanje da ugovor o osiguranju može da se zaključi samo uz trenutno važeće uslove osiguranja i ovi uslovi su sastavni deo ugovora o osiguranju. Ovi uslovi će biti uručeni ugovaraču osiguranja pre potpisivanja ponude za osiguranje života. Ugovarač osiguranja je saglasan da ove uslove primi i zajedno sa polisom. Ugovarač osiguranja je saglasan sa ovom odredbom i svojim potpisom na ovom dokumentu to i potvrđuje.
4. Ugovarač osiguranja je saglasan da plati sve dodatne troškove koji su utvrđeni Tarifom naknada za usluge koje pruža osiguravač i svojim potpisom na ovom dokumentu to i potvrđuje.
5. Svi dogovori između osiguravača i ugovarača osiguranja, osiguranika ili bilo kojeg trećeg lica, sve prijave, ponude i obaveštenja u vezi sa ugovorom o osiguranju važe samo u pisanoj formi. Usmena izjava ugovarača osiguranja kao i osiguravača i bilo kojeg trećeg lica, smatraće se nevažećom. Svi dopisi osiguravača važeći su samo ako su pisani na dokumentima osiguravača. Ugovarač osiguranja je saglasan sa ovom odredbom i svojim potpisom na ovom dokumentu to i potvrđuje.

6. Ugovarač osiguranja i osiguranik izričito izjavljuju da oslobađaju obaveze čuvanja profesionalne tajne lekara i sva druga nadležna fizička i pravna lica, ako je to na zahtev i prema proceni osiguravača potrebno radi prikupljanja informacija značajnih za procenu da li će i pod kojim uslovima osiguravač da prihvati ponudu za osiguranje života, odnosno radi utvrđivanja njihovih prava i obaveza kao i prava i obaveza osiguravača iz zaključenog ugovora o osiguranju, pa izričito ovlašćuju osiguravača da zahteva uvid u sva potrebna dokumenta kao i njihov prepis. Ugovarač osiguranja i osiguranik izričito i neopozivo ovlašćuju lekare, bolnice i ostale medicinske ustanove (državne ili privatne) kod kojih se lečio ili kod kojih će biti lečen, kao i druge osiguravače ili službene organe da osiguravaču, na njegov pisani zahtev, daju sve potrebne informacije i dokumentaciju o osiguraniku i njegovom zdravstvenom stanju, a koji prema proceni osiguravača imaju ili bi mogli da imaju uzročno-posledičnu vezu sa osiguranim slučajem. Takođe, osiguranik se obavezuje, ako je to potrebno, da će pisanim putem da ovlasti odnosno opunomoći osiguravača za prikupljanje navedenih podataka. Pre nego što osiguravaču bude dostavljena sva neophodna dokumentacija, ugovarač osiguranja, osiguranik i korisnici osiguranja ne mogu steći prava iz ugovora o osiguranju. Ugovarač osiguranja je saglasan sa ovom odredbom i svojim potpisom na ovom dokumentu to i potvrđuje.
7. Ugovarač osiguranja i osiguranik ovlašćuju osiguravača da sve neophodne informacije u vezi sa procenom obaveza osiguravača iz ugovora o osiguranju, može da zatraži od nadležnih sudova, državnih organa i drugih lica. Takođe, ugovarač osiguranja i osiguranik ovlašćuju osiguravača da može da zahteva uvid u sva potrebna dokumenta kao i njihov prepis. Pre nego što osiguravaču bude dostavljena sva neophodna dokumentacija, ugovarač osiguranja, osiguranik i korisnici osiguranja ne mogu steći prava iz ugovora o osiguranju. Ugovarač osiguranja je saglasan sa ovom odredbom i svojim potpisom na ovom dokumentu to i potvrđuje.

Saglasnost za obradu podataka o ličnosti (direktni marketing)

Saglasan/na sam da moje podatke o ličnosti osiguravajuće društvo može koristiti kako bi dostavljalo novosti i informacije o svojim aktivnostima, uslugama i proizvodima, nudilo usluge, pogodnosti, atraktivne promocije, ponude za zaključenje ugovora o osiguranju, kao i u svrhu istraživanja i analize zadovoljstva u vezi sa pruženom uslugom osiguranja i poboljšanja kvaliteta iste.

U svrhu kontaktiranja za marketinške i prodajne aktivnosti, kao i u svrhu istraživanja tržišta, informacije će osiguravajuće društvo dostavljati na neki od mojih kontakt podataka: poštom, e-mailom ili putem telefona, uključujući, ali se ne ograničavajući na pozive, SMS poruke i aplikacije za besplatno slanje poruka.

Obavešten/a sam i saglasan/na sam da osiguravajuće društvo moje podatke o ličnosti vezane za marketinške svrhe može prenositi specijalizovanim društvima koja u ime i za račun osiguravajućeg društva vrše uslugu istraživanja tržišta i analize zadovoljstva u vezi sa pruženom uslugom osiguranja.

Odbijanje davanja saglasnosti na obradu podataka o ličnosti u navedene svrhe, neće uticati na proces zaključenja ili ispunjenja ugovora.

Obavešten/a sam i da svoju datu saglasnost za prethodno određene svrhe u svakom trenutku mogu povući na jedan od sledećih načina:

- slanjem obaveštenja o povlačenju date saglasnosti na adresu Grawe osiguranje a.d.o. Beograd, Bulevar Mihajla Pupina 115D, 11070 Novi Beograd, sa naznakom „za Lice za zaštitu podataka o ličnosti“;
- slanjem obaveštenja o povlačenju date saglasnosti elektronskom poštom na adresu lice.za.zastitu.podataka@grawe.rs.

Povlačenje ove saglasnosti ne utiče na zakonitost obrade koja se zasnivala na saglasnosti pre njenog povlačenja.

Izjavljujem i svojim potpisom na ovom dokumentu potvrđujem da sam:

- pročitao, razumeo i primio ove predugovorne informacije koje mi je osiguravač dao pre zaključenja ugovora o osiguranju;
- pročitao, razumeo i primio informacije o obradi podataka o ličnosti koje mi je osiguravač dao pre zaključenja ugovora o osiguranju;
- saglasan da Grawe osiguranje a.d.o. Beograd može obrađivati moje podatke o ličnosti u svrhu direktnog marketinga;
- saglasan da Grawe osiguranje a.d.o. Beograd u cilju pripremnih radnji za zaključenje ugovora o osiguranju odnosno prilikom zaključenja, izvršavanja i upravljanja zaključenim ugovorom i u slučaju rešavanja zahteva za isplatu naknade iz osiguranja podatke vezane za moje zdravstveno stanje može obrađivati i prenositi doktorima-cenzorima, zdravstvenim ustanovama i drugim zdravstvenim radnicima u cilju utvrđivanja uzroka nastanka osiguranog slučaja i određivanja visine naknade iz osiguranja;
- razumeo da se uslovi osiguranja navedeni na narednoj stranici ovog dokumenta pod nazivom Pripadajući opšti i posebni uslovi i klauzule koje se primenjuju na ugovor o osiguranju života za slučaj smrti u skladu sa tačkom 1. Informacija za ugovarača osiguranja« primenjuju na ugovor koji nameravam da zaključim i da sam ih pročitao i primio.

Izrazi koji se koriste u ovim predugovornim informacijama koji imaju rodno značenje, bez obzira da li su korišćeni u muškom ili ženskom rodu, odnose se jednako na muški i ženski rod.

Mesto i datum	Ime i prezime ugovarača osiguranja	Potpis ugovarača osiguranja
	Ime i prezime osiguranika (ako su ugovarač osiguranja i osiguranik različita lica)	Potpis osiguranika (ako je osiguranik maloletno lice, potpis roditelja/staratelja)

**Pripadajući opšti i posebni uslovi i klauzule koje se primenjuju na ugovor o osiguranju života za slučaj smrti,
u skladu sa tačkom 1. Informacija za ugovarača osiguranja**

- ☐ **Tarifa GRAWE Protect - Osiguranje života za slučaj smrti (riziko osiguranje)**
- ☒ Opšti uslovi osiguranja lica ABP 97
 - ☒ Opšti uslovi osiguranja života za slučaj smrti LVR 99
 - ☒ Valutna klauzula KK 41
 - ☒ KK 98 – Uslovi osiguranja
- ☐ **Tarifa UTZ – Dopunsko osiguranje od posledica nesrećnog slučaja koji ima za posledicu smrt**
- ☒ Posebni uslovi dodatnog osiguranja od posledica nesrećnog slučaja koji ima za posledicu smrt LV 80030
 - ☒ Klauzula za isključenje pokrića zbog delovanja alkohola kod dopunskog osiguranja za smrt usled nezgode (UTZ) – KK 86
- ☐ **Tarifa UI – Dodatno osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja**
- ☒ Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja AUVB 97
 - ☒ Posebni uslovi dodatnog osiguranja za slučaj loma kostiju i opekotina zbog posledica nesrećnog slučaja BUVB 2025
 - ☒ Klauzula o određivanju procenta invalidnosti kod višestrukih povreda (UI) – KK 84
 - ☒ Klauzula za isključenje pokrića za hernije – KK 85
- ☐ **Tarifa RDZ 20 – Dopunsko osiguranje uz osiguranje života za slučaj nastanka određene teške bolesti**
- ☒ Posebni uslovi dopunskog osiguranja uz osiguranje života za slučaj nastanka određene teške bolesti LV 80040/04
- ☐ **Tarifa RK5 - Osiguranje života za slučaj smrti sa godišnjom opadajućom osiguranom sumom i sa skraćenim trajanjem plaćanja jednake premije kod ugovora za osiguranje korisnika kredita kod kreditne ustanove**
- ☒ Opšti uslovi osiguranja lica ABP 97
 - ☒ Opšti uslovi osiguranja života za slučaj smrti LVR 99
 - ☒ Posebni uslovi osiguranja života korisnika kredita LV 81102
 - ☒ KK 91 – Trajanje plaćanja premije RK5
 - ☒ Valutna klauzula KK 41
 - ☒ KK 98 – Uslovi osiguranja
- ☐ **Tarifa RK11 - Osiguranje života za slučaj smrti sa godišnjom opadajućom osiguranom sumom i sa jednokratnom uplatom premije kod ugovora za osiguranje korisnika kredita kod kreditne ustanove**
- ☒ Opšti uslovi osiguranja lica ABP 97
 - ☒ Opšti uslovi osiguranja života za slučaj smrti LVR 99
 - ☒ Posebni uslovi osiguranja života korisnika kredita LV 81102
 - ☒ Valutna klauzula KK 41
 - ☒ KK 98 – Uslovi osiguranja