PG-nuc-DIS/11-05-RS

Posebni uslovi
za osiguranje učenika srednjih škola i studenata od posljedica nesretnog slučaja

1. član - OPŠTE ODREDBE

(1) Posebni uslovi za osiguranje učenika i studenata od posljedica nesretnog slučaja (u daljnjem tekstu: Posebni uslovi) sastavni su dio ugovora o osiguranju učenika i studenata od posljedica nesretnog slučaja što je sklopljen između ugovarača osiguranja i Triglav osiguranja, ad (u daljnjem tekstu: osiguravač).

(2) Ovim Posebnim uslovima uređuju se odnosi između osiguravača i ugovarača osiguranja za ugovorene načine osiguranja i to za slučaj:
- smrti uslijed nesretnog slučaja,
- trajnog invaliditeta,
- prolazne nesposobnosti za redovan rad,
- smještaja i liječenja u bolnici,
- nastanka troškova liječenja.

(3) Izrazi navedeni u ovim Posebnim uslovima znače:

ugovarač - fizička ili pravna osoba koja sklopi ugovor o osiguranju s osiguravačem;
osiguranik - osoba od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja ovisi isplata osigurane sume, odnosno naknade;
korisnik - osoba kojoj osiguravač isplaćuje osiguranu sumu odnosno naknadu;
polisa - pismena isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju;
osigurana suma - najveći iznos do kojeg je osiguravač u obavezi;
premija - iznos koji je ugovarač dužan platiti po ugovoru o osiguranju;
invaliditet - potpuni ili djelimičan trajni gubitak opšte radne sposobnosti, kao posljedica nesretnog slučaja;
ponuđač - osoba koja želi sklopiti osiguranje i u tu svrhu podnese pismenu ili usmenu ponudu osiguravaču;
list pokrića - privremeni dokaz o sklopljenom osiguranju koji sadrži sve bitne odredbe ugovora o osiguranju.

2. član - ZAKLJUČIVANJE UGOVORA O OSIGURANJU

(1) Ugovor o osiguranju može se sklopiti na temelju usmene ili pismene ponude.

(2) Osiguravač ima pravo zahtijevati da ponuđač podnese pisanu ponudu na posebnom obrascu za sklapanje ugovora o osiguranju.

(3) Ako osiguravač ne prihvati punudu, dužan je u roku od 8 dana po njenom zaprimanju, o tome pismeno obavijestiti ponuđača. Ako osiguravač u tom roku ne otkloni ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima se ugovara osiguranje, smatra se da je ugovor sklopljen kad je osiguravač zaprimio ponudu.

(4) Ako je osiguravač spreman prihvatiti ponudu samo pod Posebnim uslovima, osiguranje započinje s onim danom kad je ugovarač pristao na posebne uslove.

(5) Smatra se da je ponuđač odstupio od ponude ako na posebne uslove nije pristao u roku od 8 dana po zaprimanju preporučene obavijesti osiguravača.

(6) Ugovor o osiguranju je sklopljen kad ugovarač i osiguravač potpišu polisu ili privremeno pokriće.

(7) Ugovor o osiguranju je ništavan ako je osigurani slučaj već nastupio, ako je bio u nastajanju ili je bilo sigurno da će nastati prije nego je bio sklopljen. Već plaćena premija se u takvom slučaju vraća ugovaraču osiguranja.

3. član - OBLICI UGOVORA O OSIGURANJU

(1) Ugovor o osiguranju i svi dodaci tog ugovora su važeći samo ako su sklopljeni u pisanom obliku.

(2) Zahtjevi, obavijesti i izjave podnijete su pravovremeno ako se prije isteka roka iz ovih Posebnih uslova pošalju preporučenim pismom. Kao dan primitka smatra se dan kad je preporučeno pismo bilo predano na poštu.

4. član - OSOBE KOJE JE MOGUĆE OSIGURATI PO OVIM USLOVIMA

(1) Ovim Posebnim uslovima osiguravaju se učenici srednjih i stručnih škola, studenti visokih škola i fakulteta bez obzira na zdravstveno stanje, opštu radnu sposobnost i starost.

(2) Osobe kojima je u cjelosti oduzeta poslovna sposobnost, u svakom su slučaju isključene iz osiguranja, osim ako zakonskim propisima nije drugačije određeno.

5. član - POJAM NESRETNOG SLUČAJA

(1) Nesretnim slučajem smatra se svaki iznenadni, nepredviđeni i od volje osiguranika neovisan događaj, koji djeluje izvana i naglo na osiguranikovo tijelo te prouzroči njegovu smrt, trajni invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad, smještaj i lječenje u bolnici ili nastanak troškova liječenja.

(2) Nesretnim slučajem u smislu prethodnog stav smatraju se osobito: gaženje, sudaranje, udarac s predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, poskliznuće, ranjavanje oružjem, drugim predmetima ili eksplozivnim tvarima, ubod kakvim predmetom, udarac ili ugriz životinje.

(3) Nesretnim slučajem se također smatraju i slijedeći od volje osiguranika neovisni događaji:
1) trovanje hranom ili kemijskim sredstvima, osim zaraznih bolesti;
2) trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti;
3) infekcija ozljede prouzročene nesretnim slučajem;

4) opekline vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetima, tekućinama ili parom, kiselinama i lužinama;
5) davljenje i utapanje;
6) gušenje ili ugušenje uslijed zatrpavanja (zemljom, pijeskom i slično), kao i uslijed udisanja pare ili plinova osim profesionalnih oboljenja;
7) prekomjerni tjelesni napori, nagle tjelesne kretnje do kojih dolazi uslijed nepredviđenih vanjskoih događaja, ali samo ako prouzroče rastrgnuće mišića, iščašenje zgloba, rastrgnuće zglobnog vezivnog tkiva, prijelom zdravih kostiju, lom stalnih zdravih zubiju, i neposredno su nakon ozljeđivanja ustanovljeni u bolnici ili zdravstvenoj ustanovi;
8) djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka ili temperature, ako je osiguranik takvom djelovanju bio izložen zbog nesretnog slučaja što se dogodio neposredno prije toga ili zbog spašavanja ljudskog života.

(4) Nesretnim slučajem u smislu ovih uslova ne smatraju se:
1) sve obične, zarazne i profesionalne bolesti;
2) stanja psihičkih disfunkcija bez obzira na uzrok;
3) trbušne, pupčane, vodene i druge kile, osim onih što nastanu zbog izravnog ozljeđivanja trbušne stijenke pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile ukoliko je pored traumatske kile bila klinički ustanovljena ozljeda mekih dijelova trbušne stijenke u tom području;
4) infekcije i oboljenja koja nastanu zbog raznih oblika alergije, rezanja ili trganja žuljeva i drugih izraslina kože te aktinički prouzročene bolesti;
5) anafilaktički šok, osim ako je nastao pri liječenju posljedica nesretnog slučaja;
6) prekomjerni tjelesni napori, nagle tjelesne kretnje do kojih dolazi bez vanjskog događaja, koje ne uzrokuju posljedice navedene u tač. 7, st. (3) ovog člana;
7) međukralježne kile (hernie disci intervertebralis) bez obzira na uzrok, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, cervikobrahialgija te drugih oblika nadraživanja živčanih korijena, miofascitisa, kokcigidinija, ishialgija, fibrozitisa i sve promjene bubrežnokrižnog predjela koje su označene analognim terminima te ponavljajuće (habitualno) iščašenje ili uganuće na istom zglobu;
8) odljepljenje mrežnice (ablatio retinae);
9) posljedice koje nastanu uslijed delirium tremensa i djelovanja opojnih sredstava ili drugih psihoaktivnih tvari;
10) posljedice medicinskih zahvata koji se obavljaju zbog liječenja ili sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane pogreške medicinskog osoblja (vitium artis);
11) patološke promjene na kostima, zubima, hrskavici i patološke epifiziolize.

6. član - TRAJANJE OSIGURANJA I JAMSTVA

(1) Ugovor o osiguranju može se sklopiti:
1) na određeno vrijeme, jednogodišnje ili višegodišnje;
2) na neodređeno vrijeme, dugoročno osiguranje. Na polisi je označen dan početka osiguranja.

(2) Osiguranje započinje u 24:00 sati dana što je na polisi naveden kao početak osiguranja i prestaje u 24:00 sati dana što je na polisi označen kao dan prestanka osiguranja.

(3) Ako je na polisi naveden samo početak osiguranja, osiguranje se produžava iz godine u godinu, dok ga neka od strana ne otkaže. Osiguranje se može otkazati najmanje tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.

(4) Jamstvo osiguravača počinje za svakog pojedinog učenika odnosno studenta u 24:00 sati dana što je na polisi naveden kao početak osiguranja, ako je osiguranje sklopljeno kao individualno i premija je plaćena, odnosno ako se prijavio u osiguranje i bio od strane ugovarača osiguranja u školi ili na fakultetu upisan u listi upisa, ako je osiguranje sklopljeno kao grupno, ali ipak ne prije 24:00 sati dana što je službeno određen za početak nove školske godine.

(5) Jamstvo osiguravača za pojedinog osiguranika prestaje u 24:00 sati dana prestanka osiguranja, odnosno na kraju osiguratelјne godine u okončanoj godini školovanja.

(6) Jamstvo po osiguranju iz protekle školske godine prestaje za pojedinog osiguranika u 24:00 sati dana kad je platio premiju za osiguranje za tekuću školsku godinu. Ako osiguranik iz prethodne školske godine ne plati premiju za osiguranje za tekuću školsku godinu, jamstvo osiguravača prestaje najkasnije u 24:00 sati tridesetog dana od službenog početka školske godine u predmetnoj školi. Odredbe ovog stav vrijede i u slučaju da je osiguranik iz prethodne školske godine prešao u drugu školu, istog ili višeg stepena.

(7) Jamstvo osiguravača za sve osiguranike prestaje u 24:00 sati dana prestanka osiguranja.

7. član - OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

(1) Kad nastane nesretni slučaj u smislu ovih Posebnih uslova osiguravač isplaćuje osigurane sume koje su ugovorene ugovorom o osiguranju, i to:
1) ugovorenu osiguranu sumu za slučaj smrti, ako je uslijed nesretnog slučaja nastupila smrt osiguranika, odnosno osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je uslijed nesretnog slučaja nastupio potpuni (100%) invaliditet osiguranika;
2) postotak osigurane sume za invaliditet koji odgovara postotku djelimičnog invaliditeta, ako je uslijed nesretnog slučaja nastupio djelimični invaliditet osiguranika;
3) dnevnu naknadu prema članku 13. stavu (7) ovih Posebnih uslova, ako je osiguranik uslijed nesretnog slučaja bio privremeno nesposoban za školski rad;
4) naknadu troškova liječenja prema članku 13. stavu (10) i (11) ovih Posebnih uslova, ako je osiguraniku uslijed nesretnog slučaja bila potrebna liječnička pomoć i ako je uslijed toga imao troškove liječenja;
5) naknadu za bolnički dan po članku 13. stavu 12. ovih Posebnih uslova;

(2) Obaveza osiguravača postoji za nesretne slučajeve nastale tokom trajanja osiguravačnog jamstva ali samo za one posljedice nezgode koje su nastupile i bile ustanovljene u medicinskoj dokumentaciji u prvoj godini nakon nezgode.

(3) Obaveza osiguravača za isplate po prethodnom stavu postoji ako je nesretni slučaj nastao tijekom trajanja osiguranja, i to: u svakidašnjem uobičajenom životu osiguranika (kod kuće i izvan kuće, u školi, na cesti, na igralištu, na izletu, na ekskurzijama, za vrijeme praznikaa itd.).

8. član - OGRANIČENJE OBIMA OBAVEZE OSIGURAVAČA

(1) Osiguravač isplaćuje 33 % od iznosa koji bi morao platiti po odredbama prethodnog člana, ako nesretni slučaj nastane:
- pri upravljanju i vožnji letjelicama i letećim napravama svih vrsta, osim za putnike u javnom prometu;
- na trkama motornim vozilima bez obzira na kategoriju vozila i na treninzima za njih;
- zbog vojnih operacija ili ustanaka, koji su zatekli osiguranike izvan granica države ugovarača osiguranja, ako u njima nije aktivno sudjelovao.

(2) Osiguravač isplaćuje 66 % od iznosa što bi ga morao platiti prema odredbama prethodnog člana, ako nesretni slučaj nastane:
- pri sportskom sudjelovanju na individualnim ili organiziranim treninzima te javnim sportskim natjecanjima na kojima osiguranik sudjeluje kao registrovani član sportske organizacije ili društva.

(3) Ako se nesretni slučaj osiguraniku dogodi kao saputniku u vozilu kojeg je vozač pod uticajem alkohola, opojnih ili drugih psihoaktivnih sredstava, osiguravač isplaćuje 75 % osigurane sume. Jednaki dio naknade iz osiguranja isplaćuje osiguravač i kad osiguranik u trenutku nesretnog slučaja nije koristio zaštitnu kacigu ili nije bio vezan zaštitnim pojasom, u skladu sa Zakonom o bezbjednosti u saobraćaju.

(4) U slučaju da se osiguranik ne pridržava uputa liječnika, osiguravač nije u obavezi isplatiti osiguranu sumu u cijelosti, nego u srazmjernom dijelu, s obzirom na povećane posljedice koje su zbog toga nastale.

9. član - ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

(1) Isključene su sve obaveze osiguravača za nesretne slučajeve koji nastanu:
1) uslijed potresa;
2) uslijed vojnih operacija ili ustanaka u državi ugovarača osiguranja;
3) uslijed aktivnog sudjelovanja u akcijama, osim ako je osiguranik u njima sudjelovao pri obavljanju svojih poslova i radnih zadataka ili na poziv ovlaštenih tijela države ugovarača osiguranja;
4) pri upravljanju letjelicama i letećim napravama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima, bez propisane važeće dozvole za upravljanje vrstom i tipom letjelice, plovnim objektom, motornim i drugim vozilom. Smatra se da osiguranik posjeduje propisanu vozačku dozvolu kad u cilju priprema i polaganja ispita za stjecanje službene dozvole vozi pod neposrednim nadzorom osobe koja po postojećim propisima može podučavati. Posljedica po ovoj tački nema, kad neposjedovanje propisane važeće isprave nije imalo utjecala na nastanak nesretnog slučaja;
5) zbog poremećaja svijesti, epileptičnog napada, kapi, infarkta ili bolesnog stanja osiguranika;
6) zbog pokušaja ili izvršenja samoubojstva;
7) zbog namjernog izazivanja nesretnog slučaja od strane ugovarača, osiguranika ili korisnika osiguranja. Ako je više korisnika osiguranja, osiguravač nema nikakve obaveze prema onom korisniku koji je namjerno prouzročio nesretni slučaj;
8) zbog pripremanja, pokušaja ili izvršenja kaznenog djela, kao i pri bijegu nakon takvog djela;
9) kad je osiguranik sudjelovao u fizičkom obračunavanju ili ga je prouzročio verbalnim izazivanjem;
10) zbog djelovanja alkohola, opojnih ili drugih narkotika na osiguranika u trenutku nesretnog slučaja.
Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola, opojnih ili drugih narkotika na osiguranika:
- ako je kao vozač motornog vozila u trenutku nesretnog slučaja imao u krvi više od 10,8 mil. mola (0,5‰) alkohola ili više od 21,6 mil. mola (1‰) alkohola u drugim nesretnim slučajevima;
- ako je alkotest pozitivan, a osiguranik se ne nije pobrinuo da se putem analize krvi precizno utvrdi stepen alkohola u krvi;
- ako odbije ili izbjegne mogućnost utvrđivanja stepena njegove alkoholiziranosti u trenutku nesretnog slučaja.

Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja opojnih ili drugih narkotika na osiguranika:
- ako se stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znakove poremećenosti zbog uživanja opojnih ili drugih narkotika;
- ako odbije ili izbjegne mogućnost utvrđivanja prisutnosti opojnih ili drugih narkotika u njegovom organizmu.

11) neposredno ili posredno zbog djelovanja atomske energije.

10. član - PLAĆANJE PREMIJE

(1) Ugovarač osiguranja plaća osiguravaču premiju odjednom za cijelu godinu osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno.

(2) Ugovarač osiguranja je kod grupnog osiguranja dužan voditi evidenciju o plaćenim premijama s točnim datumom plaćanja za svakog osiguranika i premiju doznačivati osiguravaču zajedno s popisom osiguranika.

(3) Premija se plaća osiguravaču ili njegovom ovlaštenom organu ili doznačava poštom ili bankom. Ako se premija doznačava poštom, smatra se da je plaćena u 24:00 sati dana kad je bila plaćena poštom. Ako se premija plaća virmanom putem banke, smatra se da je plaćena u 24:00 sati dana u kojem je nalog bio predan banci.
Za svaki dan prekoračenja roka osiguravač može zaračunati zatezne kamate.

(4) Ako ugovarač osiguranja ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka niti to učini neka druga zainteresovana osoba, ugovor o osiguranju prestaje po isteku 30 dana, od dana kad je ugovaraču uručeno preporučeno pismo osiguravača s priopštenjem o dospjelosti premije, pri čemu taj rok ne može isteći prije 30 dana od dospijeća premije. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje ako premija nije plaćena u roku od godine dana od njene dospjelosti.

(5) Osiguravaču pripada premija ugovorena za cijelu godinu osiguranja u slučaju da je jamstvo osiguravača prestalo prije isteka tekuće godine osiguranja zbog isplate za slučaj smrti ili potpunog invaliditeta.

11. član - PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

(1) Osiguranik koji je uslijed nesretnog slučaja ozlijeđen, dužan je:
1) odmah se prijaviti liječniku odnosno pozvati liječnika zbog pregleda i pružanja pomoći, bez oklijevanja poduzeti sve potrebne mjere radi liječenja te se u vezi načina liječenja držati liječnikovih uputa i savjeta;
2) osiguravaču pismeno prijaviti nesretni slučaj, odmah kad mu to s obzirom na njegovo zdravstveno stanje bude moguće;
3) u prijavi nesretnog slučaja pružiti osiguravaču sve potrebne obavijesti i podatke koje osiguravač zahtijeva za rješenje osiguranog slučaja, a posebno: mjesto i vrijeme nezgode, potpuni opis nesretnog slučaja, ime liječnika koji ga je pregledao ili liječio, nalaze liječnika o tijeku liječenja, vrsti tjelesnih oštećenja, o nastalim i o eventualnim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima koje je već imao prije nesretnog slučaja.
Dužnosti iz tačke 2. i 3. ovog stava obavezuju i ugovarača i korisnika osiguranja.

(2) Ako je nesretni slučaj imao za posljedicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja dužan je to odmah pismeno prijaviti osiguravaču i pribaviti potrebnu dokumentaciju.
(3) Za utvrđivanje važnih okolnosti koje su u vezi s prijavljenim nesretnim slučajem, ugovarač ovlašćuje, a osiguranik i korisnik osiguranja su dužni ovlastiti osiguravača za pribavljanje svih potrebnih podataka i pojašnjenja od bilo koje druge pravne ili fizičke osobe.

12. član - UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA

(1) Ako je uslijed nesretnog slučaja osiguranik umro, korisnik osiguranja mora podnijeti polisu i dokaze da je smrt bila posljedica nesretnog slučaja, te dokaze o plaćanju zadnje premije. Ako osoba koja nastupa kao korisnik osiguranja nije kao takva izričito navedena u ugovoru o osiguranju, mora dokazati pravo na dobivanje osigurane sume.
(2) U slučaju invaliditeta uslijed nesretnog slučaja osiguranik mora podnijeti polisu, dokaz o plaćanju zadnje premije, dokaze o okolnostima nastanka nesretnog slučaja i dokaze o ustaljenim posljedicama za određivanje konačnog stepena trajnog invaliditeta.
(3) Stepen invaliditeta se određuje prema Tablici za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti zbog nesretnog slučaja (u daljnjem tekstu: Tablica invaliditeta). Osiguranikove individualne sposobnosti, socijalni položaj ili područje rada (profesionalna sposobnost) se pri određivanju stepena invaliditeta ne uzimaju u obzir.
(4) U slučajevima gubitka više udova ili organa uslijed jednog nesretnog slučaja postoci invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ se zbrajaju.
(5) Ako zbir postotaka invaliditeta za gubitak ili oštećenje više udova ili organa uslijed jednog nesretnog slučaja prema Tablici invaliditeta iznosi preko 100%, osiguravač nije dužan isplatiti više od osigurane sume za slučaj potpunog invaliditeta.
(6) Za višestruke ozljede na istom udu ili organu osiguravač je dužan isplatiti najviše onaj postotak koji je prema Tablici invaliditeta određen za potpuni gubitak uda ili organa.
(7) Ako je osiguranikova opšta radna sposobnost bila već prije nesretnog slučaja umanjena, obaveza osiguravača se određuje prema novom invaliditetu, neovisno o prijašnjem, osim u slučaju da osiguranik izgubi ili ošteti već oštećeni ud, organ ili zglob. U takvom slučaju osiguravač isplaćuje samo razliku između prijašnjeg stepena invaliditeta i novog stepena invaliditeta, no ipak najviše razliku do invaliditeta što je prema Tablici invaliditeta predviđen za nepokreljivost zgloba odnosno potpuni gubitak uda /organa ili dijela uda/organa.
(8) Ako je osiguranik uslijed nesretnog slučaja privremeno nesposoban za školski rad mora o tome priložiti potvrdu liječnika koji ga je liječio, s potpunom dijagnozom. Ta potvrda - opravdanje mora pored liječničkog nalaza po članu 11 stavu (1) tački 3. ovih Posebnih uslova sadržavati i podatke o tome kad se počeo liječiti i od kojeg je dana osiguranik bio nesposoban za školski rad.
(9) Ako je uslijed nesretnog slučaja potreban smještaj i liječenje u bolnici te je ugovorom o osiguranju ugovorena i naknada za bolnički dan, osiguranik je dužan odmah po okončanom liječenju podnijeti osiguravaču potvrdu o boravku u bolnici, koja mora sadržavati prezime, ime i adresu osiguranika, njegov datum rođenja, datum smještaja i otpusta iz bolnice, dijagnozu i tok liječenja.
10) Za osigurane slučajeve za koje postoji obaveza prema ugovoru o osiguranju, osiguraniku ili korisniku osiguranja se vraćaju dokazani troškovi za ispunjenje liječničkih izvješća što ih je pored isprava navedenih u članu 11, stavu (1) tački 3 te 12. članu tih uslova, dodatno i izričito zahtijevao osiguravač.
11) Osiguravač ima pravo na svoj trošak poduzeti sve potrebno za pregled osiguranika kod liječnika, liječničkih komisija ili zdravstvenih ustanova.

13. član - ISPLATA OSIGURANE SUME

(1) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu ili njen pripadajući dio korisniku osiguranja ili ugovorenu naknadu osiguraniku u roku od 14 dana od zaprimanja svih dokaza o postojanju i visini svoje obaveze.
Ako se osigurnina isplaćuje poštom ili bankom, smatra se da je plaćanje izvršeno u 24:00 h onog dana kad je na pošti ili banci bila potvrđena uplata.
Ako osiguravač ne izvrši isplatu u navedenom roku, korisnik ima pravo na zakonske zatezne kamate.
(2) Konačni stepen invaliditeta se određuje po okončanom liječenju, kad se posljedice oštećenja ustale, tj., kad po liječničkom sudu nije moguće očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku tri godine od dana nesretnog slučaja, kao konačno se uzima stanje po proteku tog roka i po njemu se određuje konačni stepen invaliditeta.
(3) Sve dok nije moguće utvrditi konačan stepen osiguranikovog invaliditeta, osiguravač isplaćuje iznos koji nesporno odgovara postotku invaliditeta za koji je moguće na temelju liječničke dokumentacije već tada bez dvojbe utvrditi da će trajno ostati.
(4) Ako osiguranik umre od posljedica istog nesretnog slučaja prije isteka godine dana od dana nesretnog slučaja, a stepen invaliditeta bio je već ustanovljen, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za slučaj smrti, odnosno razliku između osigurane sume za slučaj smrti i iznosa koji je već prije toga isplatio za invaliditet.
(5) Ako stepen invaliditeta nije bio određen, a osiguranik umre uslijed istog nesretnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za smrt, odnosno samo razliku između te sume i eventualno već prije isplaćene akontacije za invaliditet, ali samo tada ako je osiguranik umro najkasnije unutar razdoblja od tri godine od dana nesretnog slučaja.
(6) Ako osiguranik umre unutar razdoblja od tri godine nakon nesretnog slučaja zbog bilo kojeg drugog uzroka osim uzroka navedenog u prethodnom stavu ovog člana, a stepen invaliditeta još nije bio ustanovljen, invaliditet se određuje na temelju postojeće medicinske dokumentacije.
(7) Dnevnu naknadu, na temelju zdravstvene dokumentacije, priznaje odnosno određuje osiguravač. Dnevna naknada se isplaćuje za vrijeme dok je osiguranik bio privremeno nesposoban za obavljanje školskog rada.
Ako nesretni slučaj ima za posljedicu osiguranikovu privremenu nesposobnost za školski rad, a ugovorom o osiguranju ugovorena je isplata dnevne naknade, osiguravač isplaćuje osiguraniku ovu naknadu u ugovorenoj visini, od dana ugovorenog u polisi (ugovorena karenca). Ako taj dan nije određen, od prvog dana koji slijedi danu početka liječenja kod liječnika ili zdravstvene ustanove, do zadnjeg dana trajanja nesposobnosti za školski rad, odnosno do smrti ili do ustanovljenja potpunog invaliditeta. Dnevna naknada se ne isplaćuje za vrijeme prolazne nesposobnosti za rad po ustanovljenju konačnog stepena invaliditeta.
Dnevna naknada se isplaćuje najviše za 200 dana prolazne nesposobnosti za rad.

(8) Smatra se da je osiguranik nesposoban za školski rad ako uslijed nesretnog slučaja ne može pohađati nastavu odnosno pratiti predavanja, pisati, crtati i obavljati druge zadatke. Nepokretnost pojedinih udova uslijed imobilizacije gipsom ili longetom smatra se nesposobnošću za školski rad, iako je osiguranik odlazio na nastavu. Privremeno oslobađanje od sati tjelesnog odgoja u okviru školske nastave ne smatra se nesposobnošću za školski rad, stoga osiguraniku dnevna naknada ne pripada. U slučaju privremene nesposobnosti tijekom školskih praznika, za plaćanje dnevne naknade mjerodavna je ocjena liječnika o tome da li bi osiguranik bio sposoban za redovan školski rad koji je obavljao prije školskih praznika.

(9) Dnevna naknada se isplaćuje po okončanom liječenju, na temelju liječničke potvrde. Moguća je i isplata samo na temelju službene potvrde škole, u kojoj mora biti navedeno koliko vremena nije pohađao nastavu, ali samo ako je nesposobnost za školski rad trajala najviše 30 dana.
Ako je prolazna nesposobnost za školski rad produžjena zbog kakvih drugih zdravstvenih razloga, osiguravač je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za vrijeme trajanja nesposobnosti za školski rad uzrokovane isključivo nesretnim slučajem.

(10) Ako nesretni slučaj ima za posljedicu narušenje osiguranikova zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć, a ugovorom o osiguranju ugovoren je i povrat troškova liječenja, osiguravač isplaćuje korisniku osiguranja bez obzira da li ima i kakvih drugih posljedica, prema podnesenim dokazima, sve stvarne i nužne troškove liječenja, a najviše do sume navedene u polisi.
U troškove ubrajamo i bolničko liječenje u lječilištima, no samo ako je bio osiguranik tamo upućen u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju u vezi s korištenjem prava iz obaveznog osiguranja.

(11) U troškove liječenja po prethodnom stavu ubrajaju se i troškovi za umjetne udove i zamjenu zuba, kao i troškovi za nabavu drugih pomagala, ako je to potrebno prema mišljenju liječnika.
Osiguravač je dužan vratiti samo one troškove liječenja koje je snosio sam osiguranik.

(12) Ako je uslijed nesretnog slučaja potreban nastav liječenja u bolnici, a ugovorom o osiguranju je ugovorena i naknada za bolnički dan, osiguravač isplaćuje ugovoreni iznos za bolnički dan za svaki kalendarski dan smještaja osiguranika u bolnici, no najviše za 365 dana u dvije godine od dana nesretnog slučaja.
Bolnicama u smislu gornjeg stav smatraju se opšte, specijalne bolnice i klinike čija je djelatnost produbljena dijagnostika i liječenje. Lječilišta, domovi i ustanove za rekreaciju ili odmor ne ubrajaju se u bolnice.

(13) Ako nesretni slučaj ima za posljedicu osiguranikovu smrt ili invaliditet, osiguravač isplaćuje korisniku odnosno osiguraniku cijelu osiguranu sumu ili njezin dio koji je ugovoren za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu, naknadu za bolnički dan i vraćene troškove liječenja.

14. član - ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

(1) U slučaju smrti osiguranika isplaćuje se ugovorena osigurana suma za smrt njegovim roditeljima, a ako nema roditelja, osobi koja dokaže da je platila pogrebne troškove.

(2) U slučaju invaliditeta, privremene nesposobnosti za školski rad, smještaja i liječenja u bolnici, korisnik osiguranja je osiguranik.

(3) Za povrat troškova liječenja korisnik osiguranja je osiguranik odnosno osoba koja dokaže da je te troškove platila.

(4) Ako je korisnik osiguranja maloljetna osoba, osigurana suma, dnevna naknada, naknada za bolničke dane odnosno povrat troškova liječenja, isplaćuje se njegovim roditeljima odnosno skrbniku. Osiguravač može zahtijevati od tih osoba da u tu svrhu podnesu ovlaštenje za skrb nadležnog tijela.

15. član - OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

(1) Svaka ugovorna strana može otkazati osiguranje s neodređenim trajanjem, ako osiguranje nije prestalo iz nekog drugog razloga. Osiguranje se otkazuje pismeno, najmanje tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.

16. član - ZASTARA ZAHTJEVA

(1) Zahtjevi iz ugovora o osiguranju od nesretnog slučaja zastarijevaju po odredbama Zakona o obligacionik odnosima.

17. član - ZAKLJUČNE ODREDBE

(1) Sastavni dio Posebnih uslova za osiguranje učenika i studenata od posljedica nesretnog slučaja je Tablica invaliditeta za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti zbog nesretnog slučaja.

(2) Na odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja koji nisu uređeni ovim Posebnim uslovima primjenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

(3) Osiguravač se obavezuje da će zdravstvene podatke osiguranika brižno čuvati u skladu sa Zakonom.