

**INFORMACIJA ZA UGOVARAČA OSIGURANJA-OSIGURANIKA PRE ZAKLJUČENJA UGOVORA O OSIGURANJU UČENIKA I STUDENATA
OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE)**

U skladu sa odredbama Zakona o osiguranju čl.82-84 („Službeni glasnik RS“, br. 139/2014 i 44/2021) i Odlukom o postupku po prigovoru korisnika usluge osiguranja („Službeni glasnik RS“ br. 87/2021) Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd kao Osiguravač, ovom Informacijom za ugovarača osiguranja / osiguranika (u daljem tekstu: Informacija), obaveštava o sledećem:

1) Podaci o Osiguravaču

Poslovno ime: Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd;
Pravna forma: Akcionarsko društvo za osiguranje;
Sedište: Novi Beograd;
Adresa sedišta: Bulevar Milutina Milankovića 3b, 11070 Novi Beograd;
Kontakt Telefon: 011 7152 300, fax: 011 7152 306,
Kontakt e-mail: office@milenijum-osiguranje.rs,
Internet stranica: www.mios.rs

2) Uslovi osiguranja i pravo koje primenjuje na ugovor o osiguranju**Važno:**

Imate pravo da se blagovremeno, pre zaključenja ugovora o osiguranju, upoznate sa uslovima osiguranja koji se primenjuju na taj ugovor.

Uslovi osiguranja koji se primenjuje na Vaš ugovor o osiguranju i koji predstavljaju sastavni deo ugovora o osiguranju - učenika i studenata od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) su:

- Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) od 12.08.2025. godine, čiji je prilog i sastavni deo Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) kao posledice nesrećnog slučaja (nezgode) (u daljem tekstu: Tabela invaliditeta);
- Posebni uslovi za osiguranje učenika i studenata od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) od 29.08.2025. godine;

Navedeni uslovi osiguranja uručeni su Ugovaraču osiguranja sa Informacijom.

Na pitanja koja nisu regulisana uslovima osiguranja primenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o osiguranju, Zakona o obligacionim odnosima kao i drugi važeći propisi Republike Srbije.

Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode), Tabela invaliditeta, kao i Posebni uslovi za osiguranje učenika i studenata od posledica nesrećnog slučaja (nezgode), nalaze se i na zvaničnoj internet prezentaciji Društva (www.mios.rs).

3) Opšte odredbe

Ugovarač osiguranja može biti obrazovna ustanova i to osnovna i srednja škola, visokoškolska ustanova – univerzitet, fakultet, akademija, visoka škola i sl., kao i dom učenika i studentski dom, odnosno druga ustanova sa stacionarnim smeštajem učenika ili studenata, koja zaključi osiguranje od posledica nesrećnog slučaja za svoje redovne i vanredne učenike, odnosno studente.

Osiguranici su učenici, odnosno studenti škole, visokoškolske ustanove, razreda, odeljenja ili doma, koji se nalaze u zvaničnoj evidenciji ugovarača osiguranja, odnosno koji su navedeni na spisku ugovarača osiguranja, ukoliko osiguranjem nisu obuhvaćeni svi učenici/studenti.

Lica koja se osiguravaju po odredbama ovih Posebnih uslova osiguravaju se bez obzira na njihovo zdravstveno stanje i opštu radnu sposobnost.

Osiguranjem je obuhvaćen nesrećni slučaj koji se dogodi u toku trajanja osiguranja i to u svakodnevnom životu osiguranika (kod kuće i van kuće, u školi, na putu, na igralištu, izletu, ekskurziji, letovanju i sl.).

4) Rizici pokriveni osiguranjem:

Osiguranje se može zaključiti za sledeće rizike:

- smrt koja nastupi kao posledica nesrećnog slučaja,
- trajni gubitak opšte radne sposobnosti (invaliditeta),
- smrt usled saobraćajne nezgode,
- hirurška intervencija usled nezgode,
- narušavanje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć (troškovi lečenja),
- bolnički dan,
- prelom kosti usled nesrećnog slučaja,
- prolazna nesposobnost za pohađanje školske nastave (dnevna naknada).

Smrt osiguranika koja nastane kao posledica nesrećnog slučaja podrazumeva isplatu ugovorene osigurane sume za slučaj smrti.

Ako usled nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika mlađeg od 14 godina, osiguravač je u obavezi da isplati za troškove sahrane ugovorenu osiguranu sumu za slučaj smrti, ali najviše do ugovorene sume za slučaj smrti. Navedeni iznos isplaćuje se roditeljima, odnosno starateljima osiguranika, a ako nema roditelja i staratelja, licu koje je platilo troškove sahrane.

Ako nesrećni slučaj ima za posledicu **trajni invaliditet**, Osiguraniku se isplaćuje osigurana suma za trajni invaliditet ugovorena na polisi.

Kod **delimičnog invaliditeta**, obim obaveze Osiguravača je procenat od osigurane sume ugovorene za rizik trajnog invaliditeta koji odgovara utvrđenom procentu invaliditeta iz Tabele. Procenat invaliditeta određuje se prema Tabeli invaliditeta i to posle završenog lečenja u vreme kada je kod osiguranika, u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posledice, nastupilo **stanje ustaljenosti**. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja, kao konačno uzima se stanje u trenutku isteka ovog roka i prema njemu se određuje procenat invaliditeta. **Ako je za utvrđivanje visine obaveze Osiguravača potrebno određeno vreme, Osiguravač je dužan da, na zahtev osiguranika, isplati iznos koji odgovara procentu invaliditeta za koji se može nesporno utvrditi, na osnovu medicinske dokumentacije, da će trajno ostati.**

Osiguravač neće isplatiti akontaciju pre nego što je utvrđena njegova obaveza s obzirom na okolnosti nastanka nesrećnog slučaja.

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

Ako procenat invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik premine usled istog nesrećnog slučaja, Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume i eventualno već isplaćenog nespornog dela (akontacija), ali samo ako je osiguranik preminuo najkasnije u roku od tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.

Ako pre utvrđenog procenta invaliditeta u roku od 3 godine od nastanka nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika iz bilo kog drugog uzroka a ne usled istog nesrećnog slučaja, visina obaveze Osiguravača iz osnova invaliditeta utvrđuje na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.

U slučajevima kada je Tabelom invaliditeta određeno da će se trajni invaliditet ceniti tek po proteku predviđenog vremenskog intervala, osiguravač će isplatiti osiguranu sumu, odnosno odgovarajući deo osigurane sume, valorizovan procentom koji će svojom odlukom utvrditi nadležni organ. Valorizacija se vrši za period od momenta nastanka nesrećnog slučaja do momenta kada se, u smislu Tabele invaliditeta, može ceniti trajni invaliditet za konkretnu povredu.

Troškovi lečenja:

Ako nesrećni slučaj ima za posledicu narušenje zdravlja osiguranika koje zahteva lekarsku pomoć, a ugovorena je i naknada troškova lečenja, Osiguravač isplaćuje naknadu stvarnih i nužnih troškova lečenja koji padaju na teret osiguranika (u ove troškove spada i nabavka veštačkih udova, zamena zuba, kao i nabavka ostalih medicinskih pomagala, ako je sve to potrebno po oceni lekara), učinjenih najduže u toku godinu dana od dana nastanka nesrećnog slučaja.

Ukupna obaveza Osiguravača koja podrazumeva nadoknadu troškova lečenja može iznositi najviše do ugovorene osigurane sume za troškove lečenja. Pod troškovima lečenja smatraju se stvarni i nužni troškovi lečenja od posledica nesrećnog slučaja, nastali u odgovarajućim zdravstvenim ustanovama, izuzev zdravstvenih ustanova u privatnom vlasništvu.

Bolnički dan je naknada za svaki dan (uključujući i dane vikenda) proveden u bolnici ili rehabilitacionoj zdravstvenoj ustanovi, usled posledica nesrećnog slučaja (nezgode) počev od dana nastanka nesrećnog slučaja, ali najviše za 30 dana.

Ukoliko je trajanje osiguranja kraće od jedne godine, broj bolničkih dana za koji se isplaćuje naknada srazmerno se smanjuje. U tom slučaju, maksimalni broj bolničkih dana se navodi u polisi.

Prelom kosti - Pod osiguranim slučajem smatra se prelom kosti osiguranika nastao kao posledica nesrećnog slučaja (nezgode), koji podrazumeva potpuni prekid kontinuiteta kosti, koji je nastao kao posledica mehaničke sile na kost (traumatski prelomi), pri kome intenzitet mehaničke sile prelazi granicu fiziološke elastičnosti kostiju.

Naknada za prelom kostiju:

1. Za višestruke, komplikovane prelome kostiju, prelome sa pomeranjem ulomaka, po završenom lečenju obaveza osiguravača iznosi 100% od ugovorene osigurane sume za prelom kosti,
2. Za manje, nekomplikovane prelome kostiju, prelome bez pomeranja ulomaka, po završenom lečenju, obaveza osiguravača iznosi 50% od ugovorene osigurane sume za prelom kosti.

Naknada za prelom kostiju obuhvata jedan prelom u toku godine. Ukupno ugovorena suma se isplaćuje u utvrđenom procentu u odnosu na vrstu preloma, bez obzira da li on kao posledicu ima trajni invaliditet ili ne.

Hirurška intervencija usled nezgode

Naknada iz osiguranja po osnovu hirurških intervencija se utvrđuje u odnosu na težinu hirurške intervencije i to:

1. Za hirurške intervencije koje je moguće izvršiti ambulantno i za koje nije potrebno stacionarno lečenje, isplaćuje se 50% od ugovorene osigurane sume (npr. posekotine, ambulantna hirurška obrada ili šivenje rana, uključujući rane usled ujeda pasa koje ne zahtevaju hospitalizaciju i sl.);

2. Za hirurške intervencije za koje je potrebno stacionarno lečenje, isplaćuje se 100% ugovorene osigurane sume (npr. operativno lečenje preloma kostiju, operativno lečenje abdomena, kao i složeni hirurška obrada ili šivenje rane usled ujeda psa, koja zahteva hospitalizaciju).

Ukupan iznos naknade iz osiguranja po osnovu hirurških intervencija ne može biti viši od osigurane sume, bez obzira na broj i vrstu hirurških intervencija.

Dnevna naknada isplaćuje se po završenom lečenju na osnovu potvrde lekara o njenom trajanju, uz overenu potvrdu obrazovne ustanove u kojoj mora biti navedeno koliko vremena osiguranik nije pohađao nastavu. Dnevna naknada se isplaćuje za svaki dan nesposobnosti za prisustvovanje nastavi, a najviše za 30 dana.

U slučaju nesposobnosti za vreme raspusta, za isplatu dnevne naknade merodavna je ocena lekara o tome da li bi osiguranik bio sposoban za redovno prisustvovanje nastavi za koje je bio sposoban pre raspusta, odnosno pre nego što je prestao da pohađa obrazovnu ustanovu.

Privremeno oslobađanje od fiskulturnih vežbi u okviru školske/akademske nastave ne smatra se kao nesposobnost za pohađanje nastave i ne obavezuje Osiguravača na isplatu dnevne naknade.

5) Isključenja u vezi s rizicima koji su pokriveni osiguranjem

Privremeno oslobađanje od fiskulturnih vežbi u okviru školske/akademske nastave ne smatra se kao nesposobnost za pohađanje nastave i ne obavezuje Osiguravača na isplatu dnevne naknade.

Ne smatraju se nesrećnim slučajem:

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

Isključene su sve obaveze osiguravača ako je nesrećni slučaj nastao:

1. usled zemljotresa;
2. usled događaja koji se direktno pripisuju ratu, invaziji stranog neprijatelja, ratnim aktivnostima (bez obzira da li je rat objavljen ili ne), građanskom ratu, ustanku, pobuni ili revoluciji;
3. pri upravljanju vazduhoplovima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenja vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazduhoplova, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Napred navedeno se neće primenjivati u slučaju kada neposredovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastanak nesrećnog slučaja. Smatra se da osiguranik poseduje propisanu službenu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave preduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlašćenog stručnog lica;
4. usled pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga;
5. usled dokazne uzročne veze delovanja narkotičnih sredstava ili alkoholisanog stanja osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se, da je nesrećni slučaj nastao usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola na Osiguranika:
 - ukoliko je Osiguranik koji je učesnik u saobraćaju, u trenutku nastanka nesrećnog slučaja imao veću količinu alkohola u krvi od količine koja je propisana kao dozvoljena odredbama Zakona o bezbednosti saobraćaja na putevima;
 - ako je utvrđena alkoholisanost Osiguranika;
6. usled toga što je ugovarač osiguranja, osiguranik ili korisnik namerno ili prevarom prouzrokovao nesrećni slučaj;
7. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje.
8. isključena je obaveza osiguravača ako je nesrećni slučaj imao za posledicu prelom kosti koji je nastao pod dejstvom traume na patološki izmenjenu kost (patološki prelomi) u okviru sistemskih oboljenja, kao što su:
 - a) rahitis;
 - b) osteomalacija;

- c) poremećaji metabolizma kalcijuma i fosfora i slična stanja ili u okviru lokalnih koštanih oboljenja kao što su koštane ciste;
 - d) primarni koštani tumori;
 - e) metastaze u kostima;
 - f) osteomijelitis;
 - g) ehinokokus;
 - h) koštana tuberkuloza;
 - i) druge bolesti kostiju.
9. sled učestvovanja osiguranika u fizičkom obračunu, osim u slučaju dokazane samoodbrane;
10. pri upravljanju vozilom koje nema dozvolu za upotrebu (koje nije registrovano, odnosno kome je istekla registracija) ili ukoliko vozač ne poseduje odgovarajuću dozvolu ili licencu, osiguravač nema obavezu u slučaju smrti usled saobraćajne nezgode.

Naknada nematerijalne štete po osnovu pretrpljenih fizičkih bolova, straha, umanjenja opšte životne aktivnost, dužine trajanja lečenja, estetske naruženosti, isplata rente i sl. nije pokrivena osiguranjem, odnosno ista nije predmet osiguranja.

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

Osiguravač je u obavezi da isplati 33% od iznosa kojeg bi morao platiti ukoliko nesrećni slučaj nastane pri sportskim skokovima padobranom, pri automobilskim i motociklističkim brzinskim trkama, motokrosu, reliju i pri treningu za njih, upravljanju i vožnji avionom i vazduhoplovima svih vrsta, osim u svojstvu putnika u javnom saobraćaju.

Osiguravač je u obavezi da isplati 66% od iznosa kojeg bi morao platiti ukoliko nesrećni slučaj nastane pri treningu i učešću osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije, bez obzira da li se radi o profesionalnom ili amaterskom sportu.

Isključena je obaveza Osiguravača za osigurane slučajeve nastale usled ratnih događaja, oružanih sukoba, građanskog rata, ustanka, pobune, revolucije i sličnih dešavanja u kojima je osiguranik aktivno učestvovao. Ukoliko se osiguranik u njima zatekao bez svog aktivnog učešća, obaveza Osiguravača nije isključena.

Osiguravač je dužan da isplati ugovorenu osiguranu sumu, odnosno naknadu, samo ako je nesrećni slučaj nastao za vreme trajanja osiguranja i ako su posledice nesrećnog slučaja koje povlače obavezu osiguravača nastupile u toku godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja.

6) Visina i način plaćanja premije osiguranja

Visina premije po polisi osiguranja: _____ RSD

Porez na premiju osiguranja: 0%

Doprinosi: /.

Drugi troškovi: /.

Ukupan iznos plaćanja: _____ RSD

Način plaćanja premije osiguranja:

Premija se plaća u ugovorenim rokovima, a ako treba da se isplati odjednom, plaća se prilikom zaključenja ugovora.

Premija se plaća Osiguravaču. Ako se premija plaća putem banke ili druge platne institucije, smatra se da je uplaćena 24-og sata onog dana kada je nalog predat banci, odnosno platnoj instituciji.

7) Vreme važenja ugovora o osiguranju

Ako nije drugačije ugovoreno, osiguranje počinje 24,00 sata onog dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja i prestaje u 24,00 sata onog dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

Period osiguravajućeg pokrića za osigurane slučajeve iz ugovora o osiguranju identičan je trajanju ugovora o osiguranju.

Obaveza osiguravača prestaje u 24,00 sata onog dana kada osiguranik prestane biti učenik, odnosno student (završi školovanje, diplomira, napusti školu, itd.).

Obaveza po osiguranju iz protekle školske godine traje do onog dana kada je osiguranik platio premiju osiguranja za tekuću školsku/akademsku godinu.

Pokriće iz prethodne školske/akademske godine važi do dana uplate premije za tekuću školsku godinu, a najduže 90 dana od zvaničnog početka školske godine. Ako ugovor ne bude zaključen u tom roku, obaveza Osiguravača prestaje u 24,00 časa danom isteka pokrića iz prethodne školske/akademske godine. Ova odredba se primenjuje i u slučaju prelaska osiguranika u školu istog ili višeg stepena.

8) Pravo na raskid ugovora o osiguranju i uslovi za raskid

Ugovori o osiguranju zaključeni na određeno vreme, na period do godinu dana, mogu se raskinuti samo sporazumom obe ugovorne strane.

Ako je zaključen višegodišnji ugovor o osiguranju sa trajanjem osiguranja na rok do 5 godina svaka ugovorna strana taj ugovor može raskinuti pre isteka roka na koji je zaključen i to sa danom isteka godine osiguranja za narednu godinu trajanja osiguranja uz otkazni rok koji ne može biti kraći od tri meseca.

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

Ako ugovarač osiguranja raskine ugovor za koji je dobio popust na višegodišnje ugovaranje, koji je obračunat na premiju osiguranja, dužan je da vrati osiguravaču razliku premije u visini odobrenog popusta.

Ako rok trajanja osiguranja nije određen ugovorom, svaka strana može raskinuti ugovor sa danom dospelosti premije, obaveštavajući pismenim putem drugu stranu najkasnije tri meseca pre dospelosti premije.

U slučajevima raskida ugovora ugovor o osiguranju prestaje da proizvodi pravno dejstvo po isteku dvadesetčetvrtog časa dana u kome je istekao otkazni rok po pismenoj izjavi bilo koje ugovorne strane do raskida ugovora o osiguranju.

Ugovorom se ne može isključiti pravo svake strane da raskine ugovor kako je napred navedeno.

U slučajevima u kojima prema zakonu i uslovima zbog raskida ugovora ili prestanka njegovog dejstva pre isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen, postoji obaveza osiguravača da ugovaraču osiguranja vrati premiju osiguranja za neiskorišćeni period trajanja osiguranja, obračun premije osiguranja za povrat premije vrši se po principu "pro skala" a prema sledećoj tabeli:

Kod osiguranja s trajanjem	Od godišnje premije	Kod osiguranja s trajanjem	Od godišnje premije
do 15 dana	15%	do 5 meseci	60%
do 1 meseca	20%	do 6 meseci	70%
do 2 meseca	30%	do 7 meseci	80%
do 3 meseca	40%	do 8 meseci	90%
do 4 meseca	50%	preko 8 meseci	100%

Izuzetno od odredbi iz napred navedenog, osiguravač nije u obavezi da izvrši povrat premije osiguranja ako je nastao osigurani slučaj do dana raskida, odnosno prestanka ugovora o osiguranju pre ugovorenog roka.

Ako ugovarač osiguranja ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu po isteku roka od 30 dana od kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premije ali s tim da taj rok ne može isteći pre nego što protekne trideset dana od dospelosti premije.

Ako je osiguranje prestalo pre ugovorenog isteka zbog isplate osigurane sume za slučaj smrti ili potpunog invaliditeta, premija ugovorena za celu tekuću godinu osiguranja pripada osiguravaču.

U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju pre ugovorenog roka osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje.

Osiguravač ima pravo da ugovaraču osiguranja zaračuna odgovarajuću zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju.

9) Pravo ugovarača osiguranja na odustanak od ugovora

Ugovarač osiguranja ima pravo da odustane od ugovora zaključenog na daljinu, odnosno izvan poslovnih prostorija u roku od 14 dana od dana zaključenja ugovora, bez navođenja razloga i dodatnih troškova.

Ugovarač osiguranja ostvaruje pravo na odustanak od ugovora izjavom koju može dati na posebnom obrascu za odustanak od ugovora zaključenog na daljinu, odnosno izvan poslovnih prostorija ili na drugi nedvosmislen način.

Ugovarač osiguranja nema pravo da odustane od ugovora ako se u periodu od 14 dana od dana zaključenja ugovora desio osigurani slučaj za koji je osiguravač isplatio naknadu. Ugovarač osiguranja nema pravo da odustane od ugovora ako je ugovor o osiguranju zaključen na period kraći od 30 dana

10) Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Ugovor se zaključuje na osnovu pismene ili usmene ponude koju ponuđač podnosi osiguravaču.

Osiguravač može zatražiti od ponuđača pismenu ponudu na posebnom obrascu.

Pismena ponuda za osiguranje vezuje ponuđača, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kada je ponuda prispela osiguravaču.

Ako osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatra se da je ponudu prihvatio i da je ugovor zaključen danom prispeća ponude osiguravača.

Ako osiguravač ponudu za osiguranje prihvati samo pod posebnim uslovima, osiguranje se smatra zaključenim danom kada je ponuđač pristao na izmenjene uslove.

Smatra se da je ponuđač odustao od ponude ako na izmenjene uslove ne pristane u roku od osam dana od dana prijema preporučenog obaveštenja osiguravača.

Ugovor o osiguranju smatra se zaključenim kada ugovarač i osiguravač potpišu polis osiguranja ili list pokrića.

11) Način i rok podnošenja odštetnog zahteva odnosno ostvarivanja prava po osnovu osiguranja

Osiguranik koji je usled nesrećnog slučaja, povređen dužan je:

1. da se prema mogućnostima odmah prijavi lekaru, odnosno pozove lekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i da odmah preduzme sve potrebne mere radi lečenja, kao i da se pridržava lekarskih saveta i uputa u pogledu načina lečenja,
2. da, kada mu to zdravstveno stanje dozvoli, obavesti Osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja;
3. da popuni prijavu osiguranog slučaja na obrascu Osiguravača i navede sve relevantne podatke za utvrđivanje osiguravajućeg pokrića, osnova i obima obaveze Osiguravača;
4. da priloži uz prijavu kompletnu medicinsku i drugu dokumentaciju iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice usled nesrećnog slučaja;
5. da na zahtev Osiguravača dostavi i druge neophodne podatke i dokaze za utvrđivanje navoda u prijavi;
6. da po potrebi posebnim punomoćjem ovlasti Osiguravača za uvid u svu lekarsku dokumentaciju koja je smeštena u odgovarajućim medicinskim ustanovama u kojima se osiguranik do tada lečio;
7. da se odazove na pregled lekaru ili zdravstvenoj ustanovi koju odredi Osiguravač.

Ako je nesrećni slučaj imao **za posledicu smrt osiguranika**, korisnik osiguranja je dužan da o tome pismeno obavesti osiguravača i da pribavi potrebnu dokumentaciju, odnosno korisnik osiguranja je dužan da podnese dokaz o osiguranju, dokaz o plaćenju premiji, kao i dokaz da je smrt nastupila kao posledica nesrećnog slučaja. Korisnik koji nije u ugovoru o osiguranju izričito određen, dužan je da pored navedene dokumentacije, podnese i dokaz o svom pravu na prijem osigurane sume.

Ako je nesrećni slučaj imao **za posledicu invaliditet**, osiguranik je dužan da podnese: dokaz o osiguranju, dokaz o plaćenju premiji, dokaz o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja, medicinsku dokumentaciju na osnovu koje se može odrediti konačni procenat trajnog invaliditeta.

Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača osiguranja, korisnika ili bilo kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja, kao i da uputi osiguranika na pregled lekara, ili lekarskih komisija i odgovarajućih zdravstvenih ustanova kako bi se utvrdile okolnosti od značaja za osnov i visinu obaveza iz nastalog nesrećnog slučaja.

Troškovi za lekarski pregled i potrebnu medicinsku dokumentaciju, ponovni pregled i nalaz specijaliste, kao i ostali troškovi učinjeni u cilju dokazivanja nesrećnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnosioca zahteva.

Konačni procenat trajnog invaliditeta određuje osiguravač prema Tabeli invaliditeta. Ako neka posledica ili gubitak organa nisu predviđeni u Tabeli invaliditeta, procenat invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koja su predviđena u Tabeli invaliditeta. Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzima se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.

Kod višestrukih povreda pojedinih udova, kičme ili organa ukupni invaliditet na određenom udu ili organu određuje se tako da se za najveće oštećenje uzima procenat predviđen u Tabeli invaliditeta, od sledećeg najvećeg oštećenja uzima se polovina procenta predviđenog u Tabeli invaliditeta, itd. redom (1/4, 1/8 itd.). Ukupni procenat ne može premašiti procenat koji je određen Tabelom invaliditeta za potpuni gubitak tog uda ili organa. Posledice povrede prstiju sabiraju se bez primene ovog principa. U slučaju gubitaka više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja, procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ sabiraju se. Ako tako dobijeni zbir iznosi više od 100% osiguraniku se vrši isplata samo do iznosa ugovorene osigurane sume za slučaj potpunog invaliditeta.

Ako je **opšta radna sposobnost osiguranika bila trajno umanjena pre nastanka nesrećnog slučaja**, obaveza osiguravača određuje se prema novom invaliditetu nezavisno od prethodnog, izuzev u sledećim slučajevima:

1. ako je prijavljen nesrećni slučaj prouzrokovao povećanje dotadašnjeg invaliditeta za procenat više od procenta utvrđenog za posledice prethodnog nesrećnog slučaja, obaveza osiguravača se utvrđuje prema razlici između ukupnog procenta invaliditeta i procenta prethodnog invaliditeta.
2. ako osiguranik prilikom nesrećnog slučaja izgubi ili povredi već ranije povređeni ud ili organ obaveza osiguravača utvrđuje se samo prema povećanom invaliditetu.

8. Način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod Osiguravača

Prigovor je izjava nezadovoljstva upućena od strane osiguranika, ugovarača osiguranja, korisnika osiguranja i trećih oštećenih lica (korisnik usluge osiguranja), ako je korisnik usluge osiguranja nezadovoljan pružanjem usluga Osiguravača, a naročito u vezi sa ugovorom o osiguranju.

Korisnik usluge osiguranja svoja prava i interese može da zaštiti upućivanjem prigovora lično ili preko punomoćnika u pisanoj formi, i to:

- u svim poslovnim prostorijama Milenijum osiguranja a.d.o. Beograd;
- popunjavanjem online formulara na internet stranici: www.mios.rs
- slanjem prigovora poštom na adresu: Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Milutina Milankovića br. 3b, 11070 Novi Beograd;
- elektronskom poštom, odnosno slanjem e-mail-a na adresu: prigovori@milenijum-osiguranje.rs.

Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor lično ili preko svog zastupnika, odnosno punomoćnika. Prigovor treba da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- ime, prezime i adresu podnosioca prigovora (korisnika) ako je reč o fizičkom licu, odnosno poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor podnosi u ime i za račun pravnog lica;
- razlog za prigovor i zahteve njegovog podnosioca (korisnika);
- dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
- datum podnošenja prigovora;
- potpis podnosioca prigovora (korisnika), odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi;

Uz prigovor koji se dostavlja preko punomoćnika, dostavlja se i posebno punomoćje kojim podnosilac prigovora (korisnik usluge osiguranja) ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad Milenijum osiguranja ad Beograd i da preduzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim podnosilac prigovora daje odobrenje da se punomoćniku učine dostupnim podaci koji se odnose na njega, a predstavljaju podatke o ličnosti u smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajni podaci u smislu drugih zakona i propisa.

Osiguravač nije dužan da razmatra usmeno izjavljene prigovore, ali je dužan da upozori korisnika usluge osiguranja na ovu okolnost, kao i da ga pouči o načinu na koji se prigovor može podneti.

Izuzetno od gorenavedenog, Osiguravač je dužan da primi usmeno izjavljeni prigovor putem telefona, ukoliko su prilikom ugovaranja polise osiguranja, aktivnosti u predugovornoj fazi vršene od strane Osiguravača putem telefona kao sredstva komunikacije na daljinu. Prigovor putem telefona se Osiguravaču može izjaviti na sledeći broj telefona:

➤ 011/ 7152 300

Osiguravač je dužan da razmotri prigovor i podnosiocu prigovora pismeno odgovori na prigovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Ako Osiguravač ne može da dostavi odgovor u napred navedenom roku, iz razloga koji ne zavise od njegove volje, taj rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu je Osiguravač dužan da pisanim putem obavesti podnosioca prigovora u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, uz navođenje razloga zbog kojih odgovor nije moguće dostaviti i krajnjeg roka u kome će odgovor biti dostavljen.

9. Organ nadležan za nadzor nad poslovanjem Osiguravača i zaštitu prava i interesa korisnika usluga osiguranja je Narodna banka Srbije, Kralja Petra 12, 11 000 Beograd.

Odlukom o postupku po prigovoru korisnika usluge osiguranja („Sl. glasnik RS“ br. 87/2021) bliže je uređen način podnošenja prigovora korisnika usluge osiguranja davaocu usluge osiguranja (Osiguravača) i Narodnoj banci Srbije, način postupanja davaoca usluga osiguranja i Narodne banke Srbije po tom prigovoru, posredovanje Narodne banke Srbije, kao i druga pitanja koja se odnose na postupak zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja.

Korisnik usluge osiguranja može na rad društva za osiguranje, društva za zastupanje u osiguranju, fizičkog lica – preduzetnika koji je zastupnik u osiguranju, podneti prigovor Narodnoj banci Srbije.

Ako je nezadovoljan odgovorom davaoca usluge osiguranja na prigovor ili mu taj odgovor nije dostavljen u propisanom roku, koji je naveden u tački 12) ove Predugovorne informacije, korisnik usluge osiguranja može, pre pokretanja sudskog spora, podneti prigovor Narodnoj banci Srbije, i to u pismenoj formi, poštom ili preko internet prezentacije Narodne banke Srbije.

Rok za podnošenje prigovora Narodnoj banci Srbije je šest meseci od dana prijema odgovora na prigovor ili od proteka roka za njegovo dostavljanje. Prigovor koji se podnosi Narodnoj banci Srbije mora da sadrži podatke koji omogućavaju identifikaciju korisnika (ime, prezime i adresa, odnosno za pravna lica poslovno ime, sedište, matični broj i ime i prezime zakonskog zastupnika) i davaoca usluga (poslovno ime i sedište), utvrđivanje odnosa korisnika s davaocem usluga, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva.

Korisnik usluge osiguranja uz prigovor Narodnoj banci Srbije dostavlja prigovor koji je uputio davaocu usluga, njegov odgovor (ako ga je davalac usluga dostavio) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora mogu ceniti. Ako se dostavlja preko punomoćnika, uz prigovor se, pored navedene dokumentacije, dostavlja i posebno punomoćje kojim korisnik ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad tačno određenog davaoca usluga i preduzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim korisnik daje odobrenje da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se na njega odnose a predstavljaju podatke o ličnosti u smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajne podatke u smislu drugih zakona, odnosno propisa.

Pored navedenog, ako podnosilac prigovora nije zadovoljan odgovorom davaoca usluge osiguranja ili mu taj odgovor nije dostavljen u propisanom roku, sporni odnos između korisnika usluge osiguranja i davaoca usluge osiguranja (Osiguravača) može se rešiti i u vansudskom postupku – posredovanjem Narodne banke Srbije. Predlog za posredovanje obavezno sadrži i rok za njegovo prihvatanje, koji ne može biti kraći od pet niti duži od petnaest dana od dana dostavljanja tog predloga drugoj strani u sporu.

Prigovor, odnosno predlog za posredovanje, podnosi se Narodnoj banci Srbije – Sektoru za zaštitu korisnika finansijskih usluga u pismenoj formi:

- poštom, na adresu: ul. Nemanjina br. 17, 11000 Beograd
ili: Poštanski fah 712, 11000 Beograd,
- preko internet prezentacije Narodne banke Srbije.

10. OBAVEŠTENJE O OBRADI PODATAKA O LIČNOSTI

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd, ul. Bulevar Milutina Milankovića br. 3b („Društvo“) rukovalac je ličnih podataka ugovarača osiguranja/osiguranika/korisnika osiguranja, uključujući i podataka o zdravstvenom stanju koji se prikupljaju i obrađuju u cilju zaključenja ugovora o osiguranju. Obrada podataka se vrši na osnovu ugovora o osiguranju i bez prikupljanja i obrade ličnih podataka ugovarača osiguranja/osiguranika Društvo nije u mogućnosti da zaključi i ispunji obaveze iz ugovora o osiguranju. Ove podatke Društvo čuva 10 godina nakon isteka trajanja ugovora o osiguranju, uz primenu svih adekvatnih tehničkih i organizacionih mera zaštite podataka u skladu sa zakonom i internim aktima Društva.

Podatke o ličnosti obrađujemo i da bismo mogli da pružimo usluge osiguranja koje ste tražili ili koje očekujete da Vam pružimo i to za svrhu ispitivanja zadovoljstva klijenata u toku trajanja ugovora o osiguranju i, po potrebi, za prevenciju, otkrivanje i/ili sprečavanje prevara u vezi sa osiguranjem.

Lične podatke ugovarača osiguranja/osiguranika Društvo prosleđuje:

- svojim akcionarima i zaposlenima koji po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima kao i trećim licima sa kojima Društvo ima zaključen ugovor a za potrebe zaključenja ugovora o osiguranju (posrednici i zastupnici u osiguranju, asistentske kompanije, zdravstvene ustanove);
- ovlašćenim državnim organima na njihov zahtev;
- ovlašćenom revizorskom društvu koje je Društvo obavezno da angažuje u skladu sa odredbama Zakona o osiguranju;
- reosiguravaču sa kojim Društvo ima zaključen ugovor o reosiguranju.
- Prenos podataka se vrši na osnovu na osnovu preduzetih adekvatnih mera zaštite u vidu standardne ugovorene klauzule, osim u slučaju prenosa podataka ovlašćenim državnim organima kojima se podaci dostavljaju na osnovu zakona.

Obrada podataka u marketinške svrhe

Društvo lične podatke ugovarača osiguranja/osiguranika i to: ime i prezime, broj telefona, adresu elektronske pošte, adresu prebivališta obrađuje u cilju obaveštavanja o promocijama i ponudama usluge osiguranja, samo na osnovu prethodne saglasnosti.

Podatke koje obrađuje u cilju nuđenja usluga osiguranja i obaveštavanja o promotivnim akcijama Društvo čuva pet godina, odnosno do opoziva saglasnosti, uz primenu svih adekvatnih tehničkih i organizacionih mera zaštite podataka u skladu sa zakonom i internim aktima Društva.

Vaša prava

U skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti imate pravo na: opoziv saglasnosti, pravo na pristup, pravo na ispravku i dopunu, pravo na brisanje, kao i pravo na ograničenje obrade podataka, pravo na prigovor i pravo na prenosivost podataka.

Ukoliko se obrada podataka o ličnosti vrši na osnovu prethodno date saglasnosti, ta saglasnost se može opozvati u svakom trenutku u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti. Opoziv saglasnosti neće uticati na dopuštenost obrade na osnovu saglasnosti pre opoziva.

Ukoliko smatra da je obrada podataka o ličnosti izvršena suprotno odredbama Zakona o zaštiti podataka o ličnosti imate pravo da podnese pritužbu Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti.

Za pitanja koja se tiču obrade vaših ličnih podataka možete nas kontaktirati putem:

- kontakt centra: (+381) 11 715 23 00,
- e-mail adrese: zastita.podataka@milenijum-osiguranje.rs,
- pošte: Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd, Bulevar Milutina Milankovića br. 3b, 11 070 Novi Beograd

SAGLASNOST ZA OBRADU PODATAKA U MARKETINŠKE SVRHE

Da li ste saglasni da vaše lične podatke i to: ime i prezime, broj telefona, adresu elektronske pošte i adresu prebivališta Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd koristi da Vas obaveštava o promocijama i ponudama usluga osiguranja?*

NE

DA

**Popuniti / zaokružiti samo kada je ugovarač osiguranja fizičko lice.*

11. POTVRDA PREDUGOVORNOG OBAVEŠTAVANJA I PRIJEMA OBAVEŠTENJA O OBRADI PODATAKA O LIČNOSTI

Obaveštenje u vezi obrade podataka o ličnosti, kao i obaveštavanje putem ove Informacije i upoznavanje sa uslovima osiguranja iz tačke 2) ove predugovorne informacije, kao i njihovu dostupnost osiguraniku u slučaju kada Ugovarač osiguranja i Osiguranik nisu isto lice, Ugovarač osiguranja potvrđuje svojim potpisom na ovoj predugovornoj informaciji. Za sva dodatna pitanja

Ugovarač/Osiguranik se može obratiti Osiguravaču na adresu Bulevar Milutina Milankovića 3b, Beograd ili na e-mail adresu: office@milenijum-osiguranje.rs.

Mesto i datum prijema predugovorne informacije	Ponuda / Polisa broj	Potpis ugovarača osiguranja
---	-----------------------------------	--

Početak primene predugovorne informacije: 01.09.2025. godine.