

Na osnovu člana 20. stav 1. tačka 4. Statuta "SAVA ŽIVOTNOG OSIGURANJA", akcionarskog društva za osiguranje, Beograd, Izvršni odbor "SAVA ŽIVOTNOG OSIGURANJA" akcionarskog društva za osiguranje, Beograd (dalje: Izvršni odbor, Društvo) je na svojoj 74. sednici, održanoj dana 28.11.2023. godine, doneo:

POSEBNE USLOVE ZA MEŠOVITO OSIGURANJE ŽIVOTA SA UKLJUČENIM POKRIĆEM TEŽIH BOLESTI

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) Opšti uslovi za osiguranje života (u daljem tekstu: Opšti uslovi) i ovi Posebni uslovi za mešovito osiguranje života sa uključenim pokrićem težih bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo ugovora o osiguranju života koje Ugovarač osiguranja zaključuje sa Osiguravačem.
- (2) Prihvatanje u osiguranje lica koja u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju boluju ili se leče od težih bolesti definisanih ovim Posebnim uslovima nije moguće.
- (3) Tokom perioda osiguranja Ugovarač može priključiti dopunska osiguranja iz ponude Osiguravača. Dopunska osiguranja mogu da traju najduže do isteka perioda osnovnog osiguranja.

DEFINICIJA TEŽE BOLESTI

Član 2.

- (1) Teže bolesti prema ovim Posebnim uslovima su:

a) kancerogena oboljenja (maligni tumori)

Bolest koja se manifestuje prisustvom jednog ili više tumora čije se tkivo u mikroskopskoj analizi (histološko ispitivanje) prepoznaje kao zloćudno i čija je karakteristika nekontrolisan rast i širenje malignih ćelija, kao i infiltracija u normalno (zdravo) tkivo. Ako histologija nije moguća, malignitet treba dokazati nekom drugom školskom medicinski priznatom metodom. U teže bolesti spadaju leukemija i limfomi. Iz uslova osiguranja isključeni su oblici raka koji su relativno izlečivi:

- premaligni ili semimaligni tumori;
- neinvazivni tumori i tumori in situ;
- cervikalna displazija (karcinom grlića materice) CIN I-III;
- karcinom mokraćne bešike stadijum Ta¹;
- papilarni i folikularni karcinom tiroidne žlezde, histopatološki dijagnostifikovane kao T1a² (tumor dimenzije 1 cm ili manje) osim u slučaju postojanja limfnih nodula i/ili udaljenih metastaza;
- kancer prostate, histopatološki dijagnostifikovane kao T1NOMO³;

- hronična limfatična leukemija (CLL) ispod 3. stadijuma Rai klasifikacije;
- sve vrste raka kože, s izuzetkom malignih melanoma (od stepena III po Klarku);
- svi tumori uz prisustvo HIV virusa ili kod osoba sa AIDS-om.

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje na osnovu dokazane onkološke dijagnoze.

b) infarkt miokarda (infarkt srca)

Trajno oštećenje ili propadanje jednog dela srčanog mišićnog tkiva koje snabdevaju koronarne arterije zbog ishemičnog događaja. Dijagnoza se zasniva na prisustvu sledećih dokaza:

- u anamnezi prisutan karakterističan (iznenadan, jak) bol u grudima;
- novonastale promene na EKG-u, karakteristične za infarkt srca;
- bitno povećanje enzima, specifičnih za infarkt srca (na primer: CPK, CLMB, LDH, mioglobin, tropoin);
- Infarkt srca (tihi infarkt), koji se inače odvija uz povećanje troponina I ili T, ali ne podiže ST-spojnice, ne priznaje se (NSTEMI).

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje na osnovu dokazane kardiološko-internističke dijagnoze.

c) šlog (moždani udar)

Cerebrovaskularni insult sa iznenadnom pojavom neuroloških ispada koji traju više od 24 sata. Insult uključuje infarkt moždanog tkiva, krvarenje ili emboliju ekstrakranijalnog porekla (na primer: polovična paraliza sa poremećajem svesti ili bez poremećaja svesti). Neurološki ispadi moraju da traju duže vremena, najmanje tri meseca. Iz uslova osiguranja isključene su naročito prolazne smetnje u prokrvljenosti mozga koje se popravljaju bez posledica.

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje po isteku tri meseca od dokazane lekarske dijagnoze.

d) koronarna by – pass operacija (bolesti srca koje iziskuju hirurško lečenje koronarnih krvnih sudova srca)
Definicija:

- otvorena operacija toraksa uz pomoć koronarnog by-pass transplantata najmanje dveju koronarnih arterija koje su sužene ili neprohodne. Indikaciju

¹ U skladu sa internacionalnom TNM klasifikacijom

² U skladu sa internacionalnom TNM klasifikacijom

³ U skladu sa internacionalnom TNM klasifikacijom

za operaciju treba utvrditi koronarnom angiografijom;

- angioplastika (PTCA) i/ili drugi intraarterijalni terapeutski postupci izuzeti su iz ove definicije;
- zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje po završetku uspešne operacije;
- otvorena operacija toraksa uz pomoć koronarnog by-pass transplantata najmanje jedne ili više koronarnih arterija koje su sužene ili neprohodne. Indikaciju za operaciju treba utvrditi koronarnom angiografijom.

Angioplastika (PTCA) i/ili drugi intraarterijalni terapeutski postupci izuzeti su iz ove definicije.

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje po završetku uspešne operacije.

- e) bubrežna insuficijencija (otkazivanje rada bubrega)
Terminalno otkazivanje bubrega (otkazivanje bubrega opasno po život, uremija), koje se manifestuje kao hronično ireverzibilno otkazivanje funkcija oba bubrega i koje uslovljava uvođenje dijalize ili transplantaciju bubrega.
Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje na osnovu dokazane specijalističke indikacije za dijalizu ili po završetku uspešno obavljene operacije s transplantacijom.
- f) transplantacija organa
Transplantacija srca, pluća, jetre, pankreasa, tankog creva, bubrega ili koštane srži kod osiguranika kao primaoca organa.
Transplantacija drugih organa, delova organa ili transplantata drugog tkiva izuzeti su iz osiguranja.
Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje po završetku operacije s transplantacijom.
- g) paraliza (oduzetost)
Potpuni i trajan gubitak funkcije dva ili više ekstremiteta zbog prekinute neuralne aktivnosti koju je prouzrokovala povreda ili bolest.
- h) slepilo (gubitak vida)
Potpuni i trajan gubitak vidnih sposobnosti na oba oka.
Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje na osnovu oftalmološke dijagnoze.
- i) multipla skleroza
Neurološke smetnje koje su se pojavljivale kontinuirano u roku od najmanje 6 meseci ili su se najmanje jednom ponovile. Potreban dokaz uz pomoć tipičnih simptoma demijelinizacije (raspad nervne ovojnice) i ometanja motoričkih i senzorskih funkcija, uz pomoć tipičnih rezultata kompjuterske tomografije (CT) ili elektromagnetne rezonance (EMR).
Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje 6 meseci posle utvrđene neurološke dijagnoze ili na osnovu odgovarajućeg uverenja o recidivu.

- j) zamena srčanih zalistaka
Operativna zamena jednog ili više srčanih zalistaka veštačkim zaliscima. To uključuje zamenu zaliska aorte, mitralnog, trikuspidalnog ili pulmonalnog zaliska veštačkim zaliscima zbog stenoze, insuficijencije ili kombinacije jedne i druge bolesti.
Korektura srčanih zalistaka, valvulotomija i valvuloplastika izuzete su iz uslova osiguranja.
Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje po završetku uspešne operacije. Plaćanje dospeva prilikom prve intervencije, jednokratno.
- k) operacija kod bolesti aorte (glavna arterija)
Operacija kod bolesti aorte koja iziskuje isecanje (odstranjivanje) i zamenu bolesnog dela aorte transplantatom. Po definiciji izraz »aorta« predstavlja samo grudnu i trbušnu aortu, a ne i njihove ogranke.
Oštećenje aorte zbog povrede izuzeto je iz uslova osiguranja.
Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje posle uspešno obavljene operacije.
- l) bakterijski meningitis
Predstavlja zapaljenje opni mozga i kičmene moždine dejstvom infektivnih agenasa poput bakterija ili virusa koje može dovesti do trajnih i značajnih neuroloških poremećaja.
Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje 3 meseca posle utvrđene neurološke dijagnoze.
Iz uslova osiguranja isključen je Infektivni meningitis u prisustvu HIV infekcija.
- m) encefalitis
Ozbiljno zapaljenje moždanog parenhima usled dejstva infektivnih agenasa poput virusa ili bakterija koje može dovesti do značajnih i trajnih neuroloških poremećaja. Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje 3 meseca posle utvrđene neurološke dijagnoze.
Iz uslova osiguranja isključen je encefalitis u prisustvu HIV infekcija.
- n) otkazivanje jetre
Terminalno oštećenje jetre nastaje najčešće usled ciroze jetre. Ciroza jetre je hronična bolest jetre koju karakterišu nekroza hepatocita (umiranje ćelija jetre) i uvećanje vezivnog tkiva što otežava ili potpuno onemogućava njenu funkciju.
Ciroza jetre mora biti potvrđena od strane gastroenterologa ili hepatologa prisustvom:
- trajne žutice
 - ascitesa
 - hepatične encefalopatije

- o) nepovratni gubitak intelektualnih sposobnosti (demencija), uključujući Alchajmerovu bolest Neurodegenerativna bolest mozga koja se ogleda u propadanju ili gubitku intelektualnih sposobnosti i/ili abnormalnom ponašanju osobe. Dijagnoza Alchajmerove bolesti ili demencije mora biti potvrđena adekvatnom kliničkom slikom, prihvaćenim upitnicima i testovima vezanim za Alchajmerovu bolest ili ireverzibilne organske degenerativne poremećaje. Bolest mora rezultovati značajnom redukcijom i mentalnih i socijalnih sposobnosti uzrokujući neophodnost kontinuiranog pružanja pomoći pacijentu i njegovog nadgledanja. Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje ukoliko je dljagnoza postavljena pre navršene 60. godine osiguranika. Iz uslova osiguranja isključene su neuroze i psihijatrijski poremećaji.
- p) Parkinsonova bolest
Predstavlja bolest poremećaja pokreta koja se ogleda u nemogućnosti samostalnog izvođenja 3 ili više navedenih radnji iz svakodnevnog života:
- Kupanje – nemogućnost samostalnog kupanja ili tuširanja (uključujući nemogućnost ulaska ili izlaska iz kade ili tuš kabine);
 - Oblačenje - nemogućnost da se osoba samostalno obuče, skine, zakopča, otkopča garderobu ili po potrebi stavlja veštačku vilicu, veštački ud ili drugi hirurški dodatak;
 - Ishrana - nemogućnost da se samostalno hrani već pripremljenim obrocima;
 - Odlazak u toalet - nemogućnost samostalnog odlaska u toalet ili samostalnog kontrolisanja funkcije mokraćne bešike i creva;
 - Kretanje - nemogućnost kretanja iz sobe u sobu, uspravljanja iz kreveta u stolicu ili kolica ili obratno.
- Iz uslova osiguranja isključena je sekundarna Parkinsonova bolest izazvana zloupotrebom alkohola ili lekova. Iz uslova osiguranja isključeni su drugi simptomi Parkinsonove bolesti.
- q) gubitak sluha
Totalni i ireverzibilni gubitak sluha na oba uha. Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje postavljanjem dijagnoze trajnog gubitka sluha najmanje 6 meseci nakon uticaja specifične bolesti ili nesreće. Dijagnoza mora biti utvrđena od strane adekvatnog stručnjaka uz pomoć audiometričnih i adekvatnih zvučnih testova.
- r) opekotine trećeg stepena
Opekotine trećeg stepena predstavljaju povrede tkiva (i to derma, folikula dlake i potkožnog tkiva) i pokrivaju minimum 20% površine tela. Dijagnoza mora biti utvrđena u bolničkim uslovima.
- s) kardiomiopatija
Predstavlja progresivnu bolest srca (usled različitih etiologija) koja dovodi do značajnih poremećaja strukture i funkcije miokarda (srčanog mišića) i to najmanje Klase 4 NYHA (New York Hearth Association) klasifikacije srčanih oštećenja. Dijagnoza kardiomiopatije mora biti potvrđena od strane stručnog kardiologa. Postoje tri glavna tipa kardiomiopatije: dilataciona, hipertrofična i restriktivna kardiomiopatija.
Iz uslova osiguranja isključena je sekundarna kardiomiopatija nastala usled zloupotrebe alkohola ili usled ekstenzivne fizičke aktivnosti (atletsko srce). NYHA Klasa 4 srčanih oštećenja ukazuje da je pacijent simptomatičan čak i tokom mirovanja uprkos primeni medicinske terapije i korigovanju ishrane i da bilo koji vid fizičke aktivnosti povećava neprijatnosti. Abnormalna ventrikularna funkcija mora biti evidentna prilikom pregleda pacijenta i u rađenim laboratorijskim testovima.
- t) otkazivanje rada pluća
Terminalni stadijum bolesti pluća predstavlja propadanje pluća do stepena koji zahteva trajnu primenu terapije kiseonikom i gde rezultati testa plućnog rada FEV 1 testa, konstantno pokazuju manje od 1 litra kapaciteta pluća ili ozbiljnu restriktivnu bolest pluća gde su prisutni dispneja pri mirovanju sa značajnim abnormalnostima testova pulmonalne funkcije.
Dijagnoza mora biti potkrepljena svim navedenim simptomima:
- konstantna potreba za kiseonikom;
 - kapacitet plućnog rada manji od 50% od normalnih vrednosti;
 - FEV 1 (volumen forsiranog izdisaja u 1 sekundi) manji od 50% od normalnih vrednosti.
- u) dobroćudni tumor mozga
Nemaligne lezije cerebralnog (moždanog) tkiva ili moždanih meninga (ovojnica) slične tumoru koje uzrokuju trajne neurološke simptome. Tumor mora biti potvrđen CT skenom kao i MRI pregledom. U osiguranje ne ulaze:
- tumori pituitarnih žlezda, ciste, granulomi, hematomi i tumori kranijalnih nerava (akustični neuroomi) ili malformacije moždane mase, cerebralnih arterija ili vena i/ili koštane srži.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 3.

- (1) Prema ovim Posebnim uslovima ugovara se osiguranje lica za slučaj smrti u toku trajanja osiguranja, za slučaj

dijagnoze teže bolesti i za slučaj doživljenja isteka ugovorenog trajanja osiguranja.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 4.

- (1) Ako je osiguraniku dijagnostikovana jedna od težih bolesti, u obimu i rokovima koji su navedeni u članu 2. ovih Posebnih uslova, isplaćuje se 50% osigurane sume, ako je dijagnostikovana posle 6 meseci od početka trajanja osiguranja. Za sve bolesti, koje su dijagnostikovane pre ovog roka ili su posledica takve dijagnostikovane bolesti, a pojavljuju se kasnije, Osiguravač nema nikakve obaveze za isplatu.
- (2) U slučaju isplate iz stava (1) ovog člana, obaveza Osiguravača za ostale rizike (smrt i doživljenje) smanjuje se na 50% osnovne osigurane sume (u daljem tekstu: preostala suma), a osiguravajuće pokrivaće za teže bolesti prestaje u celini.
- (3) Ako osiguranik doživi istek ugovorenog trajanja osiguranja, osiguraniku odnosno korisniku osiguranja navedenom u polisi isplaćuje se ugovorena osigurana suma za doživljenje isteka osiguranja, odnosno preostala suma, ako je u vreme trajanja osiguranja bila isplaćena osigurana suma za dijagnozu teže bolesti.
- (4) U slučaju smrti osiguranika u toku ugovorenog trajanja osiguranja, korisniku osiguranja navedenom u polisi isplaćuje se:
 - a) 50% od osigurane sume, ako je smrt nastupila u toku prvih 6 meseci trajanja osiguranja;
 - b) Osigurana suma, odnosno preostala osigurana suma, ako je u vreme trajanja osiguranja bila isplaćena osigurana suma za dijagnozu težih bolesti.
- (5) Izuzetno od tačke a) prethodnog stava, u slučaju smrti u prvih 6 meseci trajanja osiguranja, osigurana suma se isplaćuje u celosti ako je ispunjen jedan od sledećih kriterijuma:
 - a) ugovor zaključen sa lekarskim pregledom;
 - b) smrt je nastupila kao posledica nesrećnog slučaja u smislu Posebnih uslova za dopunsko osiguranje od posledica nesrećnog slučaja (nezgode);
 - c) smrt je nastupila kao posledica trudnoće ili porođaja;
 - d) zaključeno je novo osiguranje života bez lekarskog pregleda, u roku od 3 meseca nakon isteka ranijeg osiguranja života kod istog Osiguravača.

ISKLUČENA POKRIĆA TEŽIH BOLESTI

Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju ne obuhvata pokrivaće težih bolesti ukoliko su one rezultat:
 - a) zloupotrebe alkohola ili narkotičkih sredstava;
 - b) nepoštovanja medicinskih saveta;
 - c) bilo koji oblik HIV ili AIDS;
 - d) svesno nanetog samopovređivanja, bez obzira na

mentalno stanje osiguranika;

- e) svesne povrede nanete od strane lica koje bi direktno ili indirektno imalo korist od bilo koje naknade koja bi inače bila isplaćena po polisi;
- f) mentalnih poremećaja;
- g) ako je teža bolest nastala usled zračenja energije sa minimalnom energijom od 100 eV, sa neutronima, laserskog zračenja, ultraljubičastog zračenja, osim ako je osiguranik zdravstveni radnik i profesionalno je izložen zračenju ili je zračenje terapijski pod kontrolom lekara i njegovim uputstvima;
- h) kriminalnih dela / prevara;
- i) bolesti ili telesne povrede koje su nastale kao posledica bilo kakvog oblika rata ili građanskog rata, ili kao posledica voljnog učešća u nasilju, uključujući nemire, građanske nemire, pobunu, terorizam ili preuzimanje vlasti ili bilo koje delo koje je identično takvom učešću;
- j) ako je teža bolest, u bilo kom obliku, dijagnostikovana pre početka osiguranja;
- k) ako je teža bolest rezultat prethodnih postojećih zdravstvenih stanja. Prethodna postojeća zdravstvena stanja su znaci ili simptomi, koji su doveli do dijagnoze teže bolesti ili medicinskih pregleda koji su doveli do dijagnoze teže bolesti.

PLAĆANJE PREMIJE

Član 6.

- (1) Premija osiguranja se plaća unapred u ugovorenim rokovima do isteka osiguranja.
- (2) U slučaju dijagnoze teže bolesti osiguranika posle godine u kojoj mu je bila isplaćena osigurana suma za slučaj teže bolesti, premija se smanjuje na premiju koja je adekvatna premiji mešovitog osiguranja za slučaj smrti i doživljenje za preostalu sumu osiguranja i prikazana je na polisi osiguranja.
- (3) U slučaju smrti osiguranika u toku ugovorenog trajanja osiguranja, premija se plaća poslednji put za godinu u kojoj je osiguranik umro.

OBNOVA UGOVORA O OSIGURANJU

Član 7.

- (1) Ugovor o osiguranju života koji je raskinut ili je izvršena kapitalizacija, može se obnoviti na pismeni zahtev Ugovarača osiguranja.
- (2) Zahtev za obnovu osiguranja Ugovarač osiguranja može podneti najkasnije u roku od godinu dana od dana kada je plaćena poslednja premija pre nego što je ugovor raskinut ili je izvršena kapitalizacija u skladu sa članom 8. Opštih uslova za osiguranje života.
- (3) Osiguravač je dužan da odluči po zahtevu za obnovu

osiguranja u roku od trideset dana od dana prijema zahteva, pod uslovom da je plaćena sva premija osiguranja života za period od poslednje plaćene premije do datuma kada polisa treba da se obnovi, da je osiguranikovo zdravstveno stanje povoljno za prijem u osiguranje i da je Osiguravaču dostavljena kompletna dokumentacija. Ukoliko Osiguravač u tom roku ne donese odluku, smatra se da je zahtev prihvaćen.

- (4) Obaveza Osiguravača po obnovljenom osiguranju počinje u 24.00 časa dana kad je pismeno potvrdio prihvatanje zahteva za obnovu osiguranja.
- (5) Prilikom obnove osiguranja Osiguravač može zahtevati lekarski pregled, kao dokaz da nije došlo do promene u zdravstvenom stanju osiguranika.
- (6) Ako osiguranik u roku od godinu dana po izvršenoj obnovi osiguranja izvrši samoubistvo Osiguravač isplaćuje do tada prikupljenu matematičku rezervu.
- (7) Ako osiguranik umre od bolesti koju je imao prilikom podnošenja zahteva za obnovu, a koju je prečutao u zahtevu za obnovu, primenjuju se odredbe člana 9. Opštih uslova za osiguranje života.

OTKUP OSIGURANJA

Član 8.

- (1) Na pismeni zahtev Ugovarača osiguranja, Osiguravač je u obavezi da isplati otkupnu vrednost polise, ukoliko su dotle plaćene najmanje tri dospele godišnje premije.
- (2) Ukoliko je polisa životnog osiguranja ugovorena sa dinamikom plaćanja premije u ratama, Ugovarač osiguranja može otkupiti polisu nakon tri godine trajanja osiguranja, a kod životnog osiguranja sa jednokratnom dinamikom plaćanja premije, Ugovarač osiguranja može otkupiti polisu nakon prve godine trajanja osiguranja.
- (3) Pravo zahteva na otkup nemaju poverioci Ugovarača osiguranja, kao ni korisnik osiguranja, ali će otkupna vrednost biti isplaćena korisniku na njegov zahtev, ako je određivanje korisnika neopozivo.
- (4) Izuzetno od prethodnog stava, otkup polise može zahtevati poverilac kome je polisa predata u zalogu, ako je to utisnuto na polisi, a potraživanje radi kojeg je polisa data u zalogu ne bude namireno o dospelosti.
- (5) Obaveza Osiguravača kod otkupa osiguranja prestaje u 0.00 časova onog dana kad je isplaćena otkupna vrednost polise.
- (6) Otkupna vrednost polise se izračunava tako što se matematička rezerva umanjuje za troškove otkupa.

PREDUJAM

Član 9.

- (1) Na zahtev Ugovarača osiguranja, pod uslovom da su plaćene najmanje tri godišnje premije i da je proteklo

najmanje tri godine od početka osiguranja, Osiguravač može isplatiti unapred deo ugovorene osigurane sume (predujam) do visine određenog dela otkupne vrednosti polise koji je definisan aktima Osiguravača, koji Ugovarač osiguranja može vratiti kasnije.

- (2) Na primljeni predujam Ugovarač osiguranja dužan je platiti određenu kamatu. U slučaju kašnjenja sa plaćanjem dospele kamate, postupiće se kao da je Ugovarač osiguranja zahtevao kapitalizaciju. Povratak predujma i plaćanje kamata ne utiču na obavezu plaćanja premije.
- (3) U slučaju nastanka osiguranog slučaja ili otkupa polise, umanjice se osigurana suma koja treba da se isplati za visinu predujma sa kamatom, ukoliko predujam i kamata nisu vraćeni.
- (4) U polisi osiguranja moraju biti navedeni uslovi davanja predujma, mogućnost da se iznos primljen na ime predujma vrati Osiguravaču, visina kamatne stope, posledice neplaćanja dospele kamate, kako je određeno Uslovima osiguranja.
- (5) Kod osiguranja kod kojih je izvršena kapitalizacija, prema do tada uplaćenoj premiji, nije moguća isplata predujma.

UČEŠĆE U DOBITI

Član 10.

- (1) Mešovito osiguranje života sa uključenim pokrićem težih bolesti učestvuje u raspodeli dobiti Osiguravača, koja je ostvarena iz proizvoda životnog osiguranja za koje su osiguranici osigurani. Učešće u dobiti služi za povećanje ugovorene osigurane sume.
- (2) Visina i način deobe ostvarene dobiti koja pripada pojedinom osiguranju, određuje se odlukom nadležnog organa Osiguravača, u skladu sa kriterijumima utvrđenim opštim aktom Osiguravača.
- (3) Osiguravač dostavlja Ugovaraču osiguranja informaciju o tome da li je njegovo osiguranje ostvarilo pravo na dobit iz prethodne godine, i to na jedan od sledećih načina:
 - na e-mail adresu Ugovarača osiguranja navedenu na ponudi;
 - putem sms poruke koja se upućuje na broj mobilnog telefona Ugovarača osiguranja naveden na ponudi;
 - slanjem pisane pošiljke na adresu prebivališta Ugovarača osiguranja navedenu na ponudi/polisi.
- (4) Ukoliko je osiguranje ostvarilo pravo na dobit, Osiguravač će u roku od 30 dana od dana usvajanja godišnjih finansijskih izveštaja i izveštaja o poslovanju koji se odnose na prethodnu godinu na način predviđen prethodnim stavom ovog člana obavestiti Ugovarača osiguranja o iznosu dobiti koji se pripisuje ugovorenoj osiguranoj sumi.
- (5) Pravo na isplatu obračunate i pripisane dobiti stiče se nastupanjem osiguranog slučaja i vrši se zajedno sa isplatom

ugovorene osigurane sume, odnosno otkupne vrednosti u slučaju da su se stekli uslovi za otkup polise u skladu sa ovim Uslovima.

PRIMENA OPŠTIH USLOVA ZA OSIGURANJE ŽIVOTA

Član 11.

- (1) Na ugovore o osiguranju zaključene po ovim Posebnim uslovima primenjuju se i odredbe Opštih uslova za osiguranje života.
- (2) Ako postoji neslaganje nekih odredbi Opštih uslova za osiguranje života i nekih odredbi ovih Posebnih uslova, na

odnose iz ugovora o osiguranju primenjivaće se odredbe ovih Posebnih uslova.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 12.

- (1) Ovi Uslovi stupaju na snagu osmog dana od dana objavljivanja, a primenjivaće se počev od 01.01.2024. godine. Objavljivanje se vrši isticanjem na oglasnoj tabli Društva na dan donošenja.
- (2) Na sve Ugovore o osiguranju koji su zaključeni pre stupanja na snagu ovih Uslova, primenjivaće se Uslovi koji su bili na snazi u momentu zaključenja takvog ugovora.