UVJETI ZA OSIGURANJE OSOBA OD POSLJEDICA NEZGODE

I. UVODNE NAPOMENE

Značenje pojmova

Članak 1.

U ovim Uvjetima znači:

1] **Osiguratelj** - Euroherc osiguranje d.d. Zagreb s kojim je sklopljen ugovor o osiguranju;

2] **Ugovaratelj osiguranja** - osoba koja je ugovorila policu osiguranja s osiguratelјem;

3] **Osiguranik -** je osoba od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja ovisi isplata iznosa osiguranja, odnosno naknade;

4] **Korisnik -** osoba koja ima pravo na iznos osiguranja odnosno naknade temeljem ugovora o osiguranju;

5] **Premija** - novčana naknada koju ugovaratelj osiguranja, po ugovoru o osiguranju, plaća osiguratelju za preuzimanje rizika u osiguranje;

6] **Iznos osiguranja** - najviši iznos koji je ugovaratelj dužan platiti osiguraniku prema ugovoru o osiguranju;

7] **Osigurnina -** naknada za štetu koju je osiguratelj obvezan isplatiti temeljem ugovora o osiguranju, a po nastanku osiguranog slučaja;

8] **Polica** - isprava kojom se potvrđuje da je između osiguratelja i ugovaratelja osiguranja zaključen ugovor o osiguranju, osim ako nije drugačije ugovoreno. Polica mora sadržavati obvezne elemente propisane *Zakonom;

9] **Osigurani slučaj** – događaj prouzročen osiguranim rizikom. Rizik koji je obuhvaćen osiguranjem [osigurani rizik] mora biti budući, neizvjestan i nezavisan od isključive volje ugovaratelja osiguranja ili osiguranika;

10] **Invaliditet** je potpuni ili djelomični gubitak organa, trajni, potpuni ili djelomični gubitak funkcije organa ili pojedinih dijelova organa nakon završenog liječenja.

II. OSNOVNE ODREDBE

Sklapanje ugovora o osiguranju

Članak 2.

[1] Ugovor o osiguranju od posljedica nezgode [nesretnog slučaja] sklapa se na temelju pisane ili usmene ponude.

[2] Osiguratelj može prethodno tražiti pisanu ponudu od ponuditelja na posebnoj tiskanici. Ako ugovaratelj i osiguranik nisu jedna te ista osoba, osiguratelj može tražiti da ponudu potpiše i osoba koja treba biti osigurana na temelju te ponude.

[3] Ako osiguratelj ne prihvati pisanu ponudu, dužan je u roku od 8 [osam] dana od njenog primitka o tome pismom obavijestiti ponuditelja.

[4] Ako osiguratelj nije odbio ponudu koja ne odstupa od uvjeta po kojima osigurava, smatra se da je osiguranje sklopljeno u 24,00 sata onoga dana kada je ponuda predana na pošti.

[5] Ako osiguratelj izjavi da prihvaća ponudu samo pod posebnim uvjetima, osiguranje se smatra sklopljenim danom kada je ugovaratelj pristao na izmijenjene uvjete.

[6] Smatra se da je ponuditelj odustao od sklapanja ugovora, ako na izmijenjene uvjete ne pristane u roku od 8 dana od primitka preporučenog pisma osiguratelja.

[7] Ugovor o osiguranju sklopljen je kada ugovaratelj i osiguratelj potpišu policu osiguranja ili listu o pokriću.

Oblik ugovora o osiguranju

Članak 3.

[1] Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovoru vrijede samo ako su sklopljeni u pisanom obliku.

[2] Svi zahtjevi ili izjave podnijeti su pravovremeno ukoliko su podnijeti u roku iz odredbi ovih općih uvjeta. Kao dan primitka smatra se datum poštanskog žiga.

Sposobnost za osiguranje

Članak 4.

[1] U pravilu se mogu osigurati osobe od navršene 14. [četrnaeste] do navršene 75. [sedamdeset i pete] godine života. Osobe mlađe od 14 godina i starije od 75 godina mogu biti osigurane samo po posebnim ili dopunskim uvjetima.

[2] Osobe čija je opća radna sposobnost umanjena zbog neke teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka, osiguravaju se uz naplatu povišene premije.

[3] Duševno bolesne osobe i osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti u svakom su slučaju isključene iz osiguranja, osim ako zakonom nije drugačije određeno.

Pojam nesretnog slučaja - nezgode

Članak 5.

[1] Nesretnim slučajem tj. nezgodom u smislu ovih uvjeta smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelomični invaliditet, privremenu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć.

[2] U smislu prethodnog stavka smatraju se nesretnim slučajem naročito sljedeći događaji:

1] gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, posklizнuće, survavanje, ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubod kakvim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta osim ako je takvim ubodom prouzročena kakva infektivna bolest.

2] trovanje hranom ili kemijskim sredstvima iz neznanja osiguranika osim u slučaju profesionalnih bolesti;

3] infekcija ozljede prouzročene nezgodom;

4] trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim u slučaju profesionalnih bolesti;

* Zakon o obveznim odnosima [NN., br.35/05]

5] opekline vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.;

6] davljenje i utapanje;

7] gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja [zemljom, pijeskom i sl.];

8] istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastanu uslijed naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima ukoliko je to nakon ozlijede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi;

9] djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je osiguranik bio izložen neposredno uslijed jednog, prije toga nastalog, nesretnog slučaja ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog života;

10] djelovanje rendgenskih ili radijskih zraka, ako nastupi naglo ili iznenada, osim u slučaju profesionalnih bolesti.

[3] Ne smatraju se nesretnim slučajem tj. nezgodom u smislu ovih uvjeta:

1] zarazne, profesionalne i ostale bolesti, kao i posljedice psihičkih utjecaja;

2] trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu zbog izravnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je nakon ozljede utvrđena traumatska kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena ozljeda mekih dijelova trbušnog zida u tom području;

3] infekcije i bolesti koje nastanu zbog raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože;

4] anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju radi nastalog nesretnog slučaja;

5] hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloze, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, ishialgija, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko križne regije označene analognim terminima;

6] odljepljenje mrežnice [ablatio retinae] prethodno bolesno ili degenerativno promijenjenog oka, a izuzetno se priznaje odljepljenje mrežnice prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi izravne vanjske ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi;

7] posljedice koje nastanu zbog delirijum tremensa i djelovanja droga;

8] posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se poduzimaju u svrhu liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane greške medicinskog osoblja [vitium artis];

9] patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize;

10] sustavne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti.

Početak i trajanje osiguranja

Članak 6.

[1] Obveza osiguratelja iz ugovora o osiguranju, ako nije drugačije ugovoreno, počinje po isteku 24-tog sata dana koji je u ispravi o osiguranju naveden kao početak osiguranja, ako je do tada plaćena premija osiguranja, a prestaje po isteku 24-tog sata koji je u ispravi o osiguranju naveden kao dan isteka trajanja osiguranja.

[2] Ako je u polici naveden samo početak osiguranja, osiguranje se produžuje iz godine u godinu sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkaže.

[3] Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 24,00 sati onoga dana, bez obzira da li je i koliko ugovoreno trajanje osiguranja:

1] kada nastupi osiguranikova smrt ili bude ustanovljen 100%-tni invaliditet;

2] kada osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti;

3] kada istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navrši 75 [sedamdeset i pet] godina života, ako nije drugačije ugovoreno;

4] kada protekne rok iz članka 10. stavka [7] ovih Uvjeta, a premija do tog roka nije plaćena;

5] kada bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu članka 22. ovih Uvjeta.

[4] Ako je ugovoreno da se premija plaća nakon sklapanja ugovora, obveza osiguratelja počinje od dana određenog u polici osiguranja ugovoru kao dana početka osiguranja.

[5] Ako se premija plaća poštom ili u banci, smatra se da je plaćena onog dana kada pošta ili banka primi uplatu. U svim drugim slučajevima smatra se da je plaćena premija onog dana kada je uplata provedena u korist osiguratelja.

Opseg obveze osiguratelja

Članak 7.

[1] Kada nastane nezgoda u smislu ovih uvjeta, osiguratelj isplaćuje iznose ugovorene u ugovoru o osiguranju [polici osiguranja] i to:

1] Smrt uslijed nezgode – iznos osiguranja za slučaj smrti uslijed nezgode ugovorenog u polici.

Ukoliko nastupi smrt osiguranika mlađeg od 14 godina ili starijeg od 75 godina, osiguratelj je obvezan isplatiti korisniku 50% od iznos osiguranja za osigurani slučaj smrti uslijed nezgode koji je naveden u polici osiguranja.

2] Smrt uslijed bolesti - iznos osiguranja za slučaj smrti uslijed bolesti, prema članku 15. ovih Uvjeta.

3] Trajni invaliditet – postotak od ugovorenog iznosa osiguranja za slučaj trajnog invaliditeta koji odgovara postotku djelomičnog invaliditeta, ako je zbog nesretnog slučaja nastupio djelomični invaliditet osiguranika.

4] Dnevna naknada – ugovoreni iznos dnevne naknade prema članku 16. ovih Uvjeta, ako je osiguranik bio privremeno nesposoban za rad, odnosno za obavljanje redovitog zanimanja zbog posljedica nezgode;

5] Bolnička naknada – ugovoreni iznos bolničke naknade zbog liječenja u bolnici od posljedica nezgode prema članku 17. ovih Uvjeta;

6] Troškovi liječenja – ugovorenu naknadu troškova liječenja prema članku 18. ovih Uvjeta, ako je osiguraniku zbog nezgode bila potrebna liječnička pomoć i ako je zbog toga imao troškove liječenja;

7] Troškovi spašavanja osiguranika prema članku 19. ovih Uvjeta, do najviše 50% od iznosa osiguranja za slučaj smrti uslijed nezgode, kada se osiguraniku dogodi nezgoda na teritoriju Republici Hrvatskoj, ako u polici nije drugačije naznačeno i ugovoreno;

8] Ostale ugovorene obveze navedene u polici, prema posebnim Uvjetima ili klauzulama.

[2] Obveza osiguratelja iz prethodnog stavka postoji kad je nezgoda nastala pri obavljanju one djelatnosti koja je u polici izričito navedena [na primjer: pri i izvan obavljanja redovnog zanimanja ili samo u jednom određenom zanimanju ili svojstvu npr: športaš, lovac, vozač ili putnik u motornom vozilu, vatrogasac, itd.].

Ograničenje obveze osiguratelja
Članak 8.

[1] Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća povećana premija, osiguratelj je u obvezi nadoknaditi 30% [posto] iznosa koji bi inače bio u obvezi nadoknaditi ostvarenjem osiguranog slučaja, ako osigurani slučaj nastane:

1] za vrijeme vožnje ili upravljanja zračnim letjelicama bilo koje vrste, osim ako je u svojstvu putnika u javnom prometu pri čemu se nadoknađuje puni ugovoreni iznos osiguranja.

2] za vrijeme sportskih skokova sa padobranom, samostalno ili ne,

3] prilikom automobilskih, motociklističkih, moto-nautičkih, skijaških, konjičkih i drugih sličnih brzinskih utrka i vožnja, kao i treninga za iste u kojima osiguranik sudjeluje kao registriran član sportskog društva ili kluba.

4] pri profesionalnom bavljenju sportom,

[2] Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća povećana premija, osiguratelj je u obvezi nadoknaditi 60% [posto] iznosa koji bi inače bio u obvezi nadoknaditi ostvarenjem osiguranog slučaja, ako osigurani slučaj nastane:

1] za vrijeme sportske rekreacije od slijedećih sportova: alpinizam, base jumping, borilačkih sportovima, bungee jumpingu, jahanju, ronjenju, speleologiji,

2] pri treningu ili sudjelovanju osiguranika u javnim sportskim natjecanjima u svojstvu registriranog člana sportskog društva ili sl, [amatersko bavljenje sportom] u svim sportovima osim:
- navedenih prema točki 3] prethodnog stavka ovog članka i
- za sportove: akrobatski rocknroll, atletika, badmington, tenis, boćanje, golf, kuglanje, odbojka, ples, plivanje, stolni tenis,

3] zbog ratnih događaja i sličnih oružanih sukoba u kojima se osiguranik nađe izvan granica Republike Hrvatske, osim ako se osigurani slučaj dogodi u roku 14 dana od prvog nastupanja takvih događaja u zemlji u kojoj osiguranik boravi i ako su ga tamo navedeni događaji iznenadili, pod uvjetom da osiguranik nije sudjelovao u tim događajima i sukobima;

4] kod osiguranika koje predstavljaju povećani rizik, zato što ima ili je imao težu bolest ili tjelesnu manu i nedostatak [anormalni rizik]

[3] Osobe koje imaju urođene ili stečene tjelesne mane i nedostatke ili bolesti zbog kojih im je opća radna sposobnost umanjena preko 50% smatraju se povećanim tj. anormalnim rizikom, te se primjenjuje Klauzula za povećani rizik, ukoliko nije drugačije navedeno u polici ili pripadajućim uvjetima osiguranja.

[4] Ako se osiguranik ne pridržava uputa liječnika, osiguratelj nije u obvezi nadoknaditi ugovoreni iznos u cijelosti, već u srazmjeru prema povećanim posljedicama koje je takvo nepridržavanje uzrokovalo.

[5] Ako je na pogoršanje ozljede osiguranika ili dužinu oporavka utjecalo i oboljenje ili degenerativne promjene osobe ili neka druga tjelesna mana od prije početka osiguranja, obveza osiguranika se smanjuje u srazmjeru udjela takve degenerativne promjene ili mane.

Isključenje obveze osiguratelja
Članak 9.

[1] Isključene su, ako nije drugačije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, u cijelosti sve osiguratelјeve obveze, ako je nezgoda nastala:

1] zbog potresa;

2] ratom, ratnim operacijama, pobunama, neprijateljstvima ili ratu sličnim događajima, građanskim ratom, revolucijom, ustankom, građanskim nemirima koji nastanu iz takvih događaja, zbog detonacije eksploziva, mina, torpeda, bomba ili pirotehničkih sredstava u okolnostima iz ove točke;

3] terorističkim djelovanjima tj. aktima terora i drugim aktima nasilja, u pravilu iz političkih pobuda, poduzetim smišljeno s ciljem teškog narušavanja javnog reda zastrašivanjem i izazivanjem osjećaja straha, panike i osobne nesigurnosti građana, zastrašivanja vlasti ili društva kako bi se postigli ciljevi koji su općenito politički, vjerski ili ideološki.

4] pri upravljanju letjelicama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene dozvole za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. U skladu s ovim uvjetima smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu dozvolu kada u svrhu pripremanja i polaganja ispita za dobivanje službene dozvole, poduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlaštenog stručnog instruktora.

5] pri obavljanju sljedećih zanimanja: pirohetničari minsko-eksplozivnih sredstava, sva zanimanja povezana s rukovanjem eksplozivom i eksplozivnim napravama i materijalima, vatrogasci, spasioci i sudionici ekspedicija, ronilac, djelatnost tjelesne zaštite;

6] zbog pokušaja ili izvršenja samoubojstva;

7] zato što je ugovaratelj osiguranja, osiguranik ili korisnik namjerno uzrokovao nezgodu;

8] pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju kaznenog djela, kao i pri pokušaju ili bijegu poslije takve radnje;

9] zbog djelovanja alkohola i/ili narkotičkih sredstava na osiguranika, bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe za nastanak nesretnog slučaja. Smatra se da je nezgoda nastala zbog djelovanja alkohola, ako je u vrijeme nastanka nezgode utvrđena koncentracija alkohola u organizmu osiguranika bila viša od 0,5 g/kg, utvrđena bilo kojom metodom, pri upravljanju prometnim sredstvom, a u ostalim slučajevima više od 1,0 g/kg. Smatra se da je osiguranik pod utjecajem alkohola ako se nakon prometne nezgode odbije podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti, kao i ako se udalji s mjesta prometne nezgode prije dolaska policije, odnosno ukoliko nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku postaju o prometnoj nezgodi ili ako na drugi način izbjegne alkotestiranje;

10] zbog radioaktivne kontaminacije ako je intenzitet zračenja, izmjeren izvan kruga mikrolokacije izvora zračenja, bio iznad zakonom dopuštene granice;

11] zbog aktivnog sudjelovanja u fizičkom obračunavanju [tučnjavi], osim u dokazanom slučaju samoobrane;

12] zbog unutarnjih nemira i nereda, navijačkih izgreda i sl. ako je osiguranik bio na strani izazivača nereda;

13] zbog tjelesnih povreda tijekom liječenja ili operacijskih zahvata kada ih osiguranik sam inicira [uključivo i estetski zahvati] ako nisu bili neophodni za zdravlje osiguranika ili nužni nakon nastanka nezgode;

14] za ozljede koje nisu medicinski dokumentirane unutar 1 godine od nastanka nezgode;

15] zbog prekomjerne upotrebe lijekova, izvan propisanih doza od strane liječnika ili ljekarnika;

[2] Ugovor o osiguranju ništetan je ako je u trenutku njegova sklapanja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju, ili je bilo sigurno da će nastupiti, a uplaćena premija vraća se ugovaratelju umanjena za nastale osiguratelјeve troškove.

[3] Za vrijeme služenja vojnog roka prava i dužnosti iz ugovora o osiguranju miruju.

Plaćanje premije osiguranja
Članak 10.

[1] Premiju osiguranja ugovaratelj osiguranja obvezan je platiti u cijelosti pri ispostavljanju police, za svaku godinu trajanja osiguranja, ako se ne ugovori drugačije i ne naznači u polici osiguranja.

[2] Iznosi premija uvećavaju se za pripadajući porez ili drugo slično davanje ako je ono predviđeno zakonskim odredbama ili propisima.

[3] Na iznos premije koji se plaća u ugovorenim rokovima može se obračunati i naplatiti ugovorena kamata.

[4] Ako je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka zbog isplate iznosa osiguranja za slučaj smrti ili potpunog invaliditeta, premija ugovorena za cijelu tekuću godinu osiguranja pripada osiguratelju.

[5] U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju prije isteka ugovorenog roka osiguratelju pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje tj. do kojeg je nosio rizik, uvećano za troškove osiguratelja oko izdavanja ili skraćivanja police, ukoliko nije imao do tada nikakvu obvezu isplate štete [osigurnine] po polici.

[6] Ako ugovaratelj osiguranja života, odnosno osiguranja od nesretnog slučaja ne plati neku premiju o dospjelosti, osiguratelj nema pravo njezinu naplatu zahtijevati sudskim putem.

[7] Ako ugovaratelj ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka niti to učini koja druga zainteresirana osoba, ugovor o osiguranju prestaje nakon isteka tridesetog dana od uručenja osiguratelјeva preporučenog pisma s izvješćem o dospjeloj premiji. Taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 [trideset] dana od dospijeća premije.

[8] Ugovor o osiguranju prestaje u svakom slučaju ako premija ne bude plaćena u roku od godinu dana od dana dospjelosti.

Promjena rizika – zanimanja osiguranika
Članak 11.

[1] Ugovaratelj, odnosno osiguranik dužan je osiguratelju odmah prijaviti promjenu zanimanja.

[2] Ako promjena zanimanja utječe na promjenu opasnosti, tj. rizika osiguratelj će u slučaju povećanja rizika predložiti povećanu premiju ili smanjenje iznosa osiguranja, a u slučaju smanjenja rizika smanjenje premije ili povećanje iznosa osiguranja. Tako određeni iznosi osiguranja i premije vrijede od isteka dana kada su prijavljene izmjene napravljene u polici osiguranja pa sve do isteka police osiguranja.

[3] Ako ugovaratelj ne prijavi promjenu zanimanja niti prihvati povećanje, odnosno smanjenje premije tj. iznosa osiguranja u roku od 14 [četrnaest] dana od dana pismenog primitka takvog prijedloga od osiguratelja, a u međuvremenu nastane osigurani slučaj, iznosi osiguranja će se smanjiti ili povećati u razmjeru između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti po dostavljenom prijedlogu osiguratelja.

Prijava osiguranog slučaja obveze osiguranika
Članak 12.

[1] Osiguranik koji je zbog nastanka osiguranog slučaja ozlijeđen, dužan je:

1] odmah prijaviti događaj liječniku, odnosno pozvati liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći, odmah poduzeti sve potrebne mjere radi liječenja i držati se liječničkih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja;

2] nezgodu prijaviti osiguratelju u pisanom obliku u najkraćem roku, tj. kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće;

3] u prijavi o osiguranom slučaju pružiti osiguratelju sva potrebna izvješća i podatke, naročito o mjestu i vremenu kad je osigurani slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime liječnika koji ga je pregledao i uputio na liječenje ili koji ga liječi, liječnički nalaz o vrsti i težini tjelesne ozljede, o nastalim eventualnim posljedicama te podatke o manama, nedostacima i bolestima [članak 8., st. [2] tč. 3] ovih Uvjeta] koje je osiguranik eventualno imao prije nastanka osiguranog slučaja.

[2] Ako je osigurani slučaj imao za posljedicu osiguranikovu smrt, korisnik osiguranja dužan je o tome pismeno izvijestiti osiguratelja u najkraćem roku, podnijeti prijavu osiguranog slučaja, policu osiguranja i dokaz da je smrt nastupila kao posljedica osiguranog slučaja.

Ako u polici osiguranja korisnik nije izričito određen, osoba koja se smatra korisnikom dužna je podnijeti i dokaz o svom pravu na iznos osiguranja.

[3] Troškovi za liječnički pregled i izvješća [početno i zaključno liječničko izvješće, ponovni liječnički pregled i nalaz specijalista] te ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje okolnosti nastanka osiguranog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnositelja zahtjeva.

[4] Osiguratelj je ovlašten i ima pravo od osiguranika, ugovaratelja, korisnika, zdravstvene ustanove ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe tražiti naknadna objašnjenja i dokaze te na svoj trošak poduzimati radnje u svrhu liječničkog pregleda osiguranika od svojih liječnika ili liječničkih komisija, da bi se utvrdile važne okolnosti o prijavljenom osiguranom slučaju.

[5] Ako osiguranik ne postupi prema odredbama iz točke 1] stavak [1] ovog članka te zbog takva postupanja pridonese nastanku ili povećanju obveze osiguratelja po bilo kojoj osnovi, nego što bi inače ta obveza bila, osigurateljeva obveza će biti smanjena razmjerno učinjenom propustu osiguranika.

[6] Ako ugovaratelj, osiguranik ili korisnik ne prijavi osigurani slučaj osiguratelju, niti dostavi cjelokupnu medicinsku i ostalu potrebnu dokumentaciju, već odmah pokrene sudski spor protiv osiguratelja, takva tužba nema značaj prijave i smatra se da je preuranjena. Svi troškovi takvog sudskog postupka [sudske pristojbe, troškovi vještačenja, nagrada i troškovi odvjetnika, svjedoka i drugo], bez obzira na ishod sudskog spora, padaju na teret tužitelja.

Utvrđivanje prava i obveza korisnika

Članak 13.

[1] Prava po ovim Uvjetima pripadaju korisniku samo ako se nezgoda dogodila za vrijeme trajanja osiguranja i ako su ugovorene posljedice predviđene ovim uvjetima nastupile tijekom godine dana od dana nastanka osiguranog slučaja.

[2] Ako je osigurani slučaj imao za posljedicu invaliditet, osiguranik je dužan podnijeti: prijavu, policu osiguranja, dokaz o uplaćenoj premiji, dokaz o okolnostima nastanka osiguranog slučaja i liječničku dokumentaciju s utvrđenim posljedicama radi određivanje konačnog postotka trajnog invaliditeta.

[3] Invaliditet je potpuni ili djelomični gubitak organa, trajni, potpuni ili djelomični gubitak funkcije organa ili pojedinih dijelova organa nakon završenog liječenja. Konačni postotak invaliditeta određuje osiguratelj prema Tablici za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice osiguranog slučaja [u daljnjem tekstu: Tablica invaliditeta] poslije završenog liječenja u vrijeme kada je u osiguranika u odnosu na pretrpljene ozljede i nastale posljedice nastupilo stanje ustaljenosti tj. kada se prema liječničkom predviđanju ne može očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati, a najranije tri mjeseca poslije završenog cjelokupnog liječenja i rehabilitacije. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku tri godine od dana nastanka osiguranog slučaja, kao konačno uzima se stanje po isteku ovog roka i prema njemu se određuje postotak trajnog invaliditeta.

[4] Ako je osiguranik zbog osiguranog slučaja privremeno nesposoban za rad, dužan je o tome podnijeti potvrdu liječnika koji ga je liječio. Ta potvrda [izvješće] mora sadržavati liječnički nalaz s potpunom dijagnozom, točne podatke kada je i zbog čega počelo liječenje i od kojeg do kojeg dana osiguranik nije bio sposoban obavljati svoje redovito zanimanje.

Isplata osigurnine

Članak 14.

[1] Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti ugovoreni iznos osiguranja, odnosno njen odgovarajući dio ili ugovorenu dnevnu tj. bolničku naknadu, u roku od 14 [četrnaest] dana, računajući od dana kada je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio. Ako je za utvrđivanje postojanja obveze Osiguratelja ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, taj rok počinje teći od dana kada je utvrđeno postojanje obveze i njezin iznos..

[2] Uz osiguranje za slučaj smrti uslijed nezgode moguće je ugovoriti i dodatno osiguranje za slučaj smrti uslijed prometne nezgode. U slučaju nastupa osiguranog slučaja korisnicima osiguranja isplaćuju se oba ugovorena iznosa osiguranja. Prometna nezgoda definira se u skladu s važećim Zakonom o sigurnosti prometa na cestama.

[3] Ako nakon nastanka nezgode nije moguće utvrditi konačni postotak invaliditeta, osiguratelj je dužan na osiguranikov zahtjev isplatiti iznos koji neosporno odgovara postotku trajnog invaliditeta za koji se već tada može na temelju medicinske dokumentacije utvrditi da će trajno ostati. Osiguratelj neće isplatiti nesporni dio prije nego što je utvrđena njegova obveza s obzirom na okolnosti nastanka osiguranog slučaja.

[4] Ako osiguranik prije isteka godine dana od dana nastanka osiguranog slučaja umre od posljedica toga osiguranog slučaja, a konačni je postotak trajnog invaliditeta već bio utvrđen, osiguratelj isplaćuje iznos koji je određen za slučaj smrti uslijed nezgode, odnosno razliku između iznosa osiguranja za slučaj smrti uslijed nezgode i iznosa koji je bio prije toga isplaćen na ime trajnog invaliditeta, ukoliko takva razlika postoji.

[5] Ako konačni postotak trajnog invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre uslijed posljedica istog nesretnog slučaja, osiguratelj isplaćuje korisniku iznos osiguranja određen za slučaj smrti uslijed nezgode, odnosno samo razliku između tog iznosa i eventualno već isplaćenog nespornog dijela [akontacije], ali samo ako je osiguranik umro najkasnije u roku od 3 [tri] godine od dana nastanka nesretnog slučaja.

[6] Ako prije utvrđenog postotka trajnog invaliditeta u roku od tri godine od nastanka osiguranog slučaja nastupi smrt osiguranika iz bilo kojeg drugog uzroka osim navedenog u prethodnom stavku ovog članka, visina obveze osiguratelja iz osnova invaliditeta utvrđuje se na osnovi postojeće liječničke dokumentacije.

Smrt uslijed bolesti

Članak 15.

[1] Obveza osiguratelja za osigurani slučaj smrti uslijed bolesti i osigurani slučaj iznenadne smrti uslijed bolesti ograničena je na 50% ugovorenog iznosa osiguranja prema polici, ako osiguranik umre tijekom prvih šest mjeseci od početka trajanja osiguranja, tj. tijekom prvih šest mjeseci od isteka dana pristupa u osiguranje novog člana određene grupe osoba [kolektivno osiguranje].

Ovo ograničenje se ne primjenjuje ukoliko je osiguranik prije početka važenja police bio osiguran bez prekida u trajanju najkraće 6 mjeseci kod nekog drugog osiguratelja od istih osiguranih slučajeva.

[2] Osiguratelj je dužan isplatiti cijeli iznos osiguranja za slučaj smrti uslijed bolesti i iznenadne smrti uslijed bolesti ako osiguranik umre tijekom prvih šest mjeseci od početka trajanja osiguranja ili pristupanja u osiguranje za vrijeme trudnoće ili porođaja;

Dnevna naknada za privremenu nesposobnost za rad [dnevna naknada]

Članak 16.

[1] Ako osigurani slučaj nezgode ima za posljedicu osiguranikovu privremenu nesposobnost za rad koja se očituje njegovom odsutnosti s radnog mjesta, a ugovorena je isplata dnevne naknade za privremenu nesposobnost za rad, osiguratelj isplaćuje osiguranu naknadu u ugovorenoj visini od prvog dana koji slijedi danu kad je počelo liječenje pa do posljednjeg dana trajanja radne nesposobnosti, ali najviše do 200 dana, ako nije drugačije ugovoreno.

[2] Ako je privremena nesposobnost za rad produljena iz bilo kojih zdravstvenih razloga, osiguratelj je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za vrijeme trajanja bolovanja uzrokovanog isključivo nadoknadivom nezgodom, bez obzira na to je li bilo puno bolovanje ili sa skraćenim radnim vremenom, ali najviše do 200 dana, ako nije drugačije ugovoreno.

[3] Dnevna naknada ugovara se s obaveznom karencom, u trajanju koje je upisano u policu osiguranja. Osiguratelj nije u obvezi isplatiti dnevnu naknadu za vrijeme trajanja karence.

Dnevna naknada za boravak u bolnici [bolnička naknada]

Članak 17.

[1] Ako osigurani slučaj nezgode ima za posljedicu boravak osiguranika u bolnici radi liječenja, a ugovorena je dnevna naknada za boravak u bolnici [bolnička naknada], osiguratelj isplaćuje ugovorenu naknadu od prvog do zadnjeg dana boravka u bolnici, ali najviše do 365 [tri stotine šezdeset i pet] dana. Ako je ugovorena karenca za ovaj osigurani slučaj, osiguratelj nije u obvezi isplatiti bolničku naknadu za vrijeme trajanja karence.

[2] Bolnička naknada se isplaćuje samo za bolničko liječenje, a ne za ambulantno liječenje. Danom boravka u bolnici smatra se noć provedena u bolnici.

Troškovi liječenja

Članak 18.

[1] Ako osigurani slučaj ima za posljedicu narušenje osiguranikova zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć, a ugovorena je i naknada troškova liječenja, osiguratelj prema predočenim dokazima isplaćuje osiguraniku, bez obzira ima li ikakvih drugih posljedica, naknadu svih stvarnih i nužnih troškova liječenja nastalih najduže tijekom godine dana od dana nastanka osiguranog slučaja, a najviše do ugovorenog iznosa osiguranja.

[2] U troškove liječenja iz prethodnog stavka spada i nabava umjetnih udova, ali samo ako je to potrebno prema ocjeni liječnika. Osiguratelj je obvezan naknaditi samo onaj dio troškova liječenja koji je stvarno snosio sam osiguranik, uz uvjet da posjeduje obvezno zdravstveno osiguranje i liječenje se provodi u Republici Hrvatskoj. Za osobe koje nemaju obvezno zdravstveno osiguranje osiguratelj priznaje 50% nadoknadivih troškova. Ne postoji obveza osiguratelja za isplatu naknade troškova liječenja u toplicama i sličnim zdravstvenim ustanovama, ni za lijekove izvan medicinskih ustanova. Lijekovima izvan medicinskih ustanova smatraju se oni lijekovi koji nisu na pozitivnoj listi HZZO-a.

[3] Ako nakon liječenja osiguranika kao daljnja posljedica osiguranog slučaja nastupi smrt osiguranika ili trajni invaliditet, osiguratelj isplaćuje korisniku, odnosno osiguraniku ugovoreni iznos osiguranja predviđen za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu dnevnu tj. bolničku naknadu i isplaćenu naknadu troškova liječenja.

Troškovi spašavanja

Članak 19.

[1] Kod nastanka osiguranog slučaja nezgode i spašavanja osiguranika helikopterom ili zrakoplovom, osiguratelj naknađuje samo nužne i dokazane troškove koji su nastali radi spašavanja života osiguranika na nepristupačnim mjestima ili radi pružanja nužne i hitne medicinske pomoći, unutar teritorija Republike Hrvatske.

[2] Troškovi za spašavanje u pravilu se isplaćuju osobi koja dokaže da je snosila te troškove.

[3] Proširenje teritorijalnog pokrića izvan teritorija Republike Hrvatske ugovara se posebno u polici uz navođenja opsega zemalja proširenja pokrića kao i zasebnog iznosa osiguranja za ove troškove, uz doplatu premije.

Korisnici osiguranja

Članak 20.

[1] Korisnik za slučaj smrti osiguranika utvrđuje se u pravilu policom osiguranja, ali se može odrediti i kasnije.

[2] Ako nije određen korisnik osiguranja, on se određuje prema odredbama Zakona o nasljeđivanju.

[3] Ukoliko je korisnik osiguranja maloljetna osoba, iznos osiguranja i naknada isplatit će se sukladno odredbama Obiteljskog zakona.

Postupak vještačenja

Članak 21.

[1] Ako ugovaratelj, osiguranik ili korisnik i osiguratelj nisu suglasni u pogledu vrste, uzroka ili posljedica nesretnog slučaja ni u pogledu opsega osiguratelјeve obveze, utvrđivanje spornih činjenica mogu se povjeriti vještacima određene specijalizacije. Jednog vještaka imenuje osiguratelj, a drugog suprotna strana. Ako njihovi nalazi nisu suglasni, imenovani vještaci određuju trećeg vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su među njima sporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja. Svaka strana plaća troškove vještaka kojeg je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća polovicu troškova.

Otkaz ugovora o osiguranju

Članak 22.

[1] Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju s neodređenim trajanjem ukoliko ugovor nije prestao po kojem drugom temelju. Otkaz se daje pismeno najkasnije 3 [tri] mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja. U tom

slučaju ugovor o osiguranju prestaje istekom 24 sata dana označenog kao posljednjeg dana tekuće godine osiguranja.

[2] Ako je osiguranje sklopljeno na rok dulji od 5 [pet] godina, svaka strana može nakon isteka toga roka, uz otkazni rok od 6 [šest] mjeseci, drugoj strani dati pismenu izjavu da raskida ugovor.

[3] Ugovorom se ne može isključiti pravo svake strane da raskine, odnosno otkaže ugovor kako je gore navedeno.

[4] Ako ugovaratelj osiguranja osiguranje koje je sklopljeno na rok od 2 [dvije] i više godina trajanja osiguranja, raskine prije ugovorenog roka, dužan je osiguratelju vratiti odnosno platiti sve na polici zaračunate i odobrene popuste dobivene po osnovi ugovaranja višegodišnjeg osiguranja, zajedno sa zakonskim zateznim kamatama, u visini koja je bila propisana u vrijeme davanja popusta, a sve računajući od dana odobrenja popusta, za svaku ugovornu godinu, zaključno do dana vraćanja, osim ako nije drugačije ugovoreno.

Nadležnost u slučaju spora
Članak 23.

[1] Sporove iz osiguranja sklopljenog prema ovim Uvjetima, stranke će rješavati dogovorom, arbitražom ili sudskim putem. Za uređenje svih odnosa između ugovornih strana, koji nisu utvrđeni ovim Uvjetima i ugovorom o osiguranju, vrijede odgovarajuće odredbe Zakona o obveznim odnosima.

[2] U slučaju spora između ugovaratelja osiguranja - osiguranika i osiguratelja, nadležan je stvarno nadležni sud prema mjestu sklapanja ugovora o osiguranju.

[3] Mjerodavno pravo je hrvatsko pravo.

Postupak izvansudskog rješavanja sporova
Članak 24.

[1] Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju zaključenom prema ovim Uvjetima, prvenstveno će sve svoje eventualne sporove sa osigurateljem, koji proizlaze ili su u vezi sa predmetnim ugovorom o osiguranju, u primjerenom odnosno zakonskom roku, nastojati riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka osiguratelja o izvansudskom rješavanju sporova.

[2] Postupak izvansudskog rješavanja sporova provodi se na slijedeći način:

1] osoba iz stavka 1. ovog članka nezadovoljna odlukom osiguratelja ima pravo podnošenja prigovora;

2] povodom zaprimljenog prigovora, ovlaštena osoba osiguratelja uvažavajući navode prigovora, ali i sve ostalo što smatra bitnim, još jednom će pregledati cjelokupni odštetni zahtjev sa pripadajućom dokumentacijom, nakon čega će, najkasnije u roku petnaest dana od dana zaprimanja prigovora, donijeti konačnu izvansudsku odluku u pisanom obliku.

[3] Ukoliko spor nije riješen u izvansudskom postupku kod osiguratelja, svaka od stranaka u sporu može predložiti drugoj strani pokretanje postupka mirenja pri Centru za mirenje Hrvatskog ureda za osiguranje ili drugoj organizaciji za mirenje.

[4] Prijedlog za mirenje dostavlja se Centru za mirenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje ili organizaciji za mirenje u pisanom obliku.

Primjena ostalih propisa
Članak 25.

[1] Za reguliranje odnosa, prava i obveza ugovornih stranaka koji nisu regulirani ovim Uvjetima, ugovorom o osiguranju i navedenim sastavnim dijelovima ugovora o osiguranju, kao i svim supotpisanim prilozima ugovoru, primjenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obveznim odnosima.

III. POSEBNE ODREDBE
KOLEKTIVNO OSIGURANJE OSOBA

Način ugovaranja osiguranja
Članak 26.

[1] Ugovaratelj osiguranja u mogućnosti je zaključiti kolektivno [grupno] osiguranje za određenu grupu osoba, pod uvjetom da ih je osigurano najmanje četiri [4].

[2] Osobe koje su osigurane kolektivnom [grupnom] policom kao članovi određene grupe osoba uključuju se u potpunu obvezu osiguratelja, bez obzira na zdravstveno stanje, opću radnu sposobnost te bez plaćanja povišene premije u smislu članka 8. stavak [2] Uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nezgode, osim duševno bolesnih osoba i osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti, koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja.

[3] Ovim osiguranjem nisu obuhvaćeni članovi određene grupe osoba koji daju pismenu izjavu da ne žele biti osigurani.

[4] Ako se ostvari osigurani slučaj smrti uslijed nezgode za osobu stariju od 75 godina, osiguratelj je u obvezi nadoknaditi samo 50% iznosa osiguranja na ime osigurnine [naknade štete].

[5] Dnevna naknada se ugovara s obveznom karencom u trajanju 7 [sedam] dana, ukoliko se drugačije ne ugovori i ne naznači u polici osiguranja.

Evidencija osiguranika i konačan obračun
Članak 27.

[1] Ugovor o kolektivnom [grupnom] osiguranju od posljedica nezgode može se zaključiti s naznakom i bez naznake imena i prezimena te osobnog identifikacijskog broja [OIB] osiguranika.

[2] Ako je ugovoreno kolektivno osiguranje s naznakom imena i prezimena te osobnog identifikacijskog broja [OIB] osiguranika, osiguranjem su obuhvaćene samo one osobe koje se nalaze na popisu u privitku police osiguranja.

[3] Ako je ugovoreno kolektivno osiguranje bez naznake imena i prezimena te osobnog identifikacijskog broja [OIB] osiguranika, osiguranjem su obuhvaćeni svi registrirani i evidentirani članovi određene grupe osoba tj. djelatnici pravne osobe, prema njihovoj službenoj evidenciji, ako nije drukčije ugovoreno.

Početno brojno stanje osiguranih osoba jednako je brojnom stanju određene grupe osoba na dan zaključenja police kolektivnog osiguranja. Akontativni obračun premije vrši se sukladno stvarnom broju osiguranih osoba na početnom brojnom stanju.

[4] Ugovoreno kolektivno osiguranje prema popisu u privitku, ili prema službenoj evidenciji ugovaratelja podrazumijeva

da ugovoreni iznosi osiguranja označeni u polici vrijede za sve osobe jednako.

[5] Ako je ugovoreno da se na kraju godine osiguranja izvrši konačni obračun premije prema prosječnom broju osiguranih osoba [članova tj. djelatnika], ugovoreni iznosi osiguranja koji su za svakog pojedinog osiguranika označeni u polici, ne mijenjaju se. U tom slučaju ugovaratelj osiguranja dužan je u roku od 15 dana po isteku svakog mjeseca pismom prijaviti osiguratelju brojno stanje osiguranih osoba koje je bilo posljednjeg dana proteklog mjeseca.

[6] Konačni obračun premije radi se na kraju godine tj. po isteku tekuće godine osiguranja ili ranije [polugodišnje, kvartalno i sl.] ako se tako dogovori i to prema prosječnom brojnom stanju osiguranih osoba [članova tj. djelatnika]. Prosječno brojno osiguranih osoba u toku jedne godine osiguranja ustanovljuje se tako što se zbroje brojna stanja osoba po službenim evidencijama ugovaratelja posljednjeg dana u svakom mjesecu godine osiguranja za koju se vrši obračun premije pa se dobiveni zbroj podijeli sa 12 ako se konačni obračun radi godišnje.

Ugovaratelj je dužan u roku od 15 [petnaest] dana nakon isteka osiguratelјne godine dostaviti osiguratelju točne podatke o brojnom stanju svih članova određene grupe osoba na kraju obračunskog razdoblja.

Ako se tom prilikom po konačnom obračunu utvrdi da je prosječan broj osoba veći od broja na dan zaključenja osiguranja navedenog u polici temeljem kojeg se određivala premija osiguranja, ugovaratelj osiguranja je u obvezi platiti razliku u premiji u roku od 30 dana po izvršenom konačnom obračunu. Ako je taj broj manji, osiguratelj je obvezan u istom roku vratiti više naplaćenu premiju, ili umanjiti taj iznos od premije osiguranja za naredno razdoblje.

Ugovaratelj je dužan osiguratelju staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje osiguratelj može utvrditi koliko je brojno stanje članova određene grupe osoba

[7] Ukoliko osiguranik želi, u osiguranje se mogu uključiti i uži članovi obitelji osiguranog djelatnika, tj. svi članovi njegovog kućanstva, gdje je potrebno priložiti popis osoba koje se želi osigurati, uz naznaku imena i prezimena te osobnog identifikacijskog broja [OIB] osiguranika.

Pristupanje / istupanje iz grupe osiguranih osoba

Članak 28.

[1] Za osobe koje su pristupile određenoj grupi osiguranih osoba nakon početka osiguranja označenog u polici, osiguranje počinje istekom onoga dana kad su pristupile grupi osiguranih osoba.

[2] Za osobe koje su istupile iz određene grupe osoba, osiguranje prestaje istekom onoga dana kad su istupile iz grupe osiguranih osoba.

[3] Osiguratelj nije u obvezi vratiti neiskorišteni dio premije za člana koji je istupio iz grupe osiguranih osoba.

Otkaz ugovora kolektivnog osiguranja

Članak 29.

[1] Ako je zaključeno kolektivno osiguranje osoba, a premiju plaća svaki član određene grupe osoba pojedinačno, otkaz ugovora o kolektivnom osiguranju osoba obavlja se uz prethodnu suglasnost svih osiguranih osoba [članova] te grupe.

Završne odredbe

Članak 30.

Stupanjem na snagu ovih uvjeta prestaju važiti Opća pravila za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja [nezgode] od 01.01.2003 godine, dopunska Pravila za kolektivno kombinirano osiguranje djelatnika od posljedica nesretnog slučaja od 01.01.2003 godine, dopunska Pravila za kolektivno osiguranje djelatnika od posljedica nesretnog slučaja od 01.06.2004 godine.

Sastavni dio ovih uvjeta čini i Tablica za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja [nezgode] [01.T-2-1.1] od 01.01.2003. godine

Ovi uvjeti su u primjeni od 01. siječnja 2010. godine