

Članak 1.

Opće odredbe

Opći uvjeti za osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) (u daljnjem tekstu: Uvjeti) sastavni su dio Ugovora o osiguranju od posljedica nesretnog slučaja (nezgode).

Članak 2.

Pojmovi

Pojedini pojmovi u Uvjetima imaju sljedeća značenja:

Osiguratelj: UNIQA osiguranje d.d., Zagreb.

Ugovaratelj osiguranja: osoba koja je s Osigurateljem sklopila ugovor o osiguranju.

Osiguranik: osoba od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja ovisi isplata osigurnine, odnosno naknade.

Polica osiguranja: isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju.

Premija osiguranja: novčani iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti po ugovoru o osiguranju.

Iznos osiguranja: novčani iznos na koji je sklopljen ugovor o osiguranju, a koji predstavlja najviši iznos do kojeg je Osiguratelj u obvezi.

Osigurani slučaj: ostvareni rizik koji je pokriven osiguranjem.

Osigurnina: novčani iznos koji isplaćuje Osiguratelj kad nastupi osigurani slučaj.

Korisnik osiguranja: osoba u čiju korist se osiguranje ugovara i kojoj se isplaćuje osigurnina ili naknada.

Članak 3.

Predmet osiguranja

U polici osiguranja navedeno je koji su rizici osigurani te koji su ugovoreni iznosi osiguranja.

Članak 4.

Sposobnost za osiguranje

1. U pravilu se mogu osigurati zdrave osobe do 85. (osamdesetipete) godine života.
2. Osobe čija je opća radna sposobnost smanjena zbog teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka, osiguravaju se uz naplatu povišene premije, osim ukoliko osiguranje zbog težine bolesti, nedostataka ili mane nije moguće.
3. Ne mogu biti osigurane duševno bolesne osobe, osobe koje imaju psihičke poremećaje, osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti i osobe koje su trajno nesposobne za rad.
4. Ukoliko je osiguranik tijekom trajanja osiguranja stekao status osobe koja ne može biti osigurana, osigurateljna zaštita odmah prestaje. Istovremeno prestaje Ugovor o osiguranju za tog osiguranika.

Članak 5.

Trajanje osiguranja

1. Osigurane su posljedice nesretnog slučaja (nezgode) koje su nastupile u razdoblju dok je postojalo osigurateljno pokrivenje.
2. Osigurateljna zaštita počinje u 00.00 sati onoga dana koji je na polici naveden kao početak osiguranja, pod uvjetom da je Osiguratelj prije toga plaćena premija, odnosno premijski obrok, ako nije ugovoreno drugačije. Ako je premija plaćena nakon početka osiguranja, obveza Osiguratelja počinje u 00.00 sati sljedećeg dana, računajući od dana kada je plaćena premija.
3. Ugovor o osiguranju može se sklopiti s neodređenim vremenom trajanja. Svaka ugovorna strana može otkazati takav ugovor o osiguranju pisanim putem najkasnije u roku od 3 mjeseca prije isteka tekuće osigurateljne godine. Ako se ugovor o osiguranju otkáže na navedeni način, osiguranje prestaje istekom 24:00. sata posljednjeg dana tekuće osigurateljne godine.
4. Osiguranje prestaje za svakoga pojedinog osiguranika istekom 24-tog sata dana navedenog na polici osiguranja, odnosno istekom 24-tog sata dana kad:
 - nastupi smrt osiguranika ili bude ustanovljena invalidnost od 100%;
 - osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti;
 - osiguranik navrši godine života do kojih se osiguranje može ugovoriti.
5. Produženje (obnova) isteklog ugovora o osiguranju moguće je pod uvjetom da je premija temeljem ponude Osiguratelja za novo osigurateljno razdoblje plaćena do dana isteka postojećeg ugovora, odnosno najkasnije 30 dana od dana isteka prethodnog ugovora o osiguranju.

Članak 6.

Pojam nesretnog slučaja (nezgode)

1. Nesretnim slučajem (nezgodom) u smislu ovih Uvjeta smatra se svaki iznenadan i o volji osiguranika nezavisan događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelomični trajni invaliditet, prolaznu nespo-

sobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtjeva liječničku pomoć, odnosno liječenje u bolnici.

2. Nesretnim slučajem (nezgodom) se smatraju također i sljedeći događaji koji ne ovise o volji osiguranika:
 - utapanje;
 - opekotine;
 - udisanje plinova ili para, prodiranje otrova, kiselina ili lužina u organizam, osim ukoliko su ti utjecaji uslijedili postupno;
 - udar ili ujed životinje i ubod insekta, osim ako je takvim ubodom prouzročena kakva infektivna bolest.
3. U smislu ovih Uvjeta, ne smatraju se nesretnim slučajem:
 - zarazne, profesionalne i ostale bolesti, urođene ili stečene bolesti i/ili deformacije, kao ni posljedice psihičkih utjecaja;
 - trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, osim onih koje nastanu uslijed 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;
 - infekcije i bolesti koje nastanu uslijed raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože;
 - anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastalog nesretnog slučaja;
 - hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbagija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, išialgija, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko križne regije označene analognim terminima;
 - odljepljenje mrežnice (ablatio retinae);
 - patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize;
 - sustavne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti;
 - psihički poremećaji.

PRAVA IZ OSIGURANJA

Članak 7.

Kad nastane nesretni slučaj (nezgoda) u smislu ovih Uvjeta, Osiguratelj isplaćuje ugovoreni iznos osiguranja za osigurani rizik koji se realizirao.

Članak 8.

Trajni invaliditet

1. Trajni invaliditet kao posljedica nesretnog slučaja (nezgode) je trajni potpuni ili djelomični gubitak dijela tijela ili organa ili njihove funkcije, a koji se utvrđuje nakon završenog liječenja.
2. Postotak invaliditeta određuje Osiguratelj prema Tablici za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) koja je sastavni dio Ugovora o osiguranju (u daljnjem tekstu: Tablica invaliditeta).
3. Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje osiguranika (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir pri određivanju postotka invaliditeta.
4. Kad nastane nesretni slučaj (nezgoda) u smislu ovih Uvjeta, Osiguratelj, sukladno ugovorenim oblicima i iznosima u ugovoru o osiguranju, isplaćuje naknadu u visini opisanoj u tablici:

visina invalidnosti	naknada
trajna invalidnost do 50%	postotak iznosa osiguranja u visini postotka invalidnosti
trajna invalidnost od 51%	dvostruki postotak iznosa osiguranja za svaki postotak od 51% do 100%
potpuna (100%) trajna invalidnost	150% iznosa osiguranja

5. Ako se posebno ugovori i plati dodatna premija (Progresija 300%), Osiguratelj isplaćuje naknadu kako je naznačeno u tablici:

visina invalidnosti	naknada
trajna invalidnost do 25%	postotak iznosa osiguranja u visini postotka invalidnosti
trajna invalidnost od 26 do 50%	dvostruki postotak iznosa osiguranja za svaki postotak od 26% do 50%
trajna invalidnost od 51 do 75%	trostruki postotak iznosa osiguranja za svaki postotak od 51% do 75%
trajna invalidnost od 76 do 100%	šesterostruki postotak iznosa osiguranja za svaki postotak od 76% do 100%
potpuna (100%) trajna invalidnost	300% iznosa osiguranja

6. Ako se posebno ugovori i plati dodatna premija (Progresija 500%), Osiguratelj isplaćuje naknadu kako je označeno u tablici:

visina invalidnosti	naknada
trajna invalidnost do 50%	postotak iznosa osiguranja u visini postotka invalidnosti
trajna invalidnost od 51 do 75%	peterostruki postotak iznosa osiguranja za svaki postotak od 51% do 75%
trajna invalidnost od 76 do 90%	deseterostruki postotak iznosa osiguranja za svaki postotak od 76% do 90%
trajna invalidnost od 91 do 95%	petnaesterostruki postotak iznosa osiguranja za svaki postotak od 91% do 95%
trajna invalidnost od 96 do 100%	dvadeseterostruki postotak iznosa osiguranja za svaki postotak od 96% do 100%
potpuna (100%) trajna invalidnost	500% iznosa osiguranja

Članak 9.

Hospitalizacija

- Hospitalizacija u smislu ovih Uvjeta je neprekinuti boravak u bolnici uzrokovan nesretnim slučajem (nezgodom), duži od 7 dana, unutar dvije godine od dana nesretnog slučaja (nezgode).
- U slučaju hospitalizacije Osiguratelj isplaćuje jednokratnu naknadu ovisno o danima provedenim u bolnici kako slijedi:
 - 2% iznosa osiguranja za trajni invaliditet ako je neprekidno trajanje hospitalizacije: 7 - 14 dana;
 - 3% iznosa osiguranja za trajni invaliditet ako je neprekidno trajanje hospitalizacije: 15 - 21 dan;
 - 4% iznosa osiguranja za trajni invaliditet ako je neprekidno trajanje hospitalizacije: 22 i više dana.
- Bolnicama se ne smatraju rehabilitacijski centri, specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju, bolnice za njegu zbog starosti, nemoć, neizlječive teške bolesti ili nemogućnosti ostvarenja kućne njege, toplice, lječilišta.

Članak 10.

Naknada za prijelom (lom kosti)

Osiguratelj isplaćuje ugovoreni iznos osiguranja za slučaj prijeloma kosti, neovisno o broju prijeloma kostiju, ukoliko je prijelom kosti posljedica nesretnog slučaja. Prijelomom se ne smatraju tzv. Abriss frakture, infrakcije kosti i patološke frakture te su isključene iz osigurateljnog pokrivača.

Članak 11.

Privremena nesposobnost za rad

Privremena nesposobnost za rad, u smislu ovih Uvjeta, je nesretnim slučajem uzrokovana nesposobnost Osiguranika izvršavati svoju obvezu rada, u skladu s ugovorom o radu, što za posljedicu ima odsutnost s posla u razdoblju dužem od 42 dana.

U slučaju nastupa privremene nesposobnosti za rad Osiguratelj isplaćuje:

- 1% iznosa osiguranja za trajni invaliditet ukoliko je nesposobnost trajala do 3 mjeseca;
- 2% iznosa osiguranja za trajni invaliditet ukoliko je nesposobnost trajala od 4 do 6 mjeseci.

Privremena nesposobnost za rad koja traje duže od 6 mjeseci nije pokrivena osiguranjem.

Jednokratna naknada isplaćuje se ovisno o trajanju privremene nesposobnosti za rad.

Članak 12.

Smrt uslijed nesretnog slučaja (nezgode)

Ako je zbog nesretnog slučaja (nezgode) nastupila osiguranikova smrt, isplaćuje se ugovoreni iznos osiguranja.

Naknada u slučaju smrti umanjuje se za već utvrđenu naknadu za trajnu invalidnost, odnosno eventualnu raniju isplatu za trajnu invalidnost uslijed istog nesretnog slučaja (nezgode) ako je smrt nastupila unutar godine dana od dana nastanka nesretnog slučaja (nezgode). Osiguratelj ne može tražiti povrat preplaćene naknade za trajnu invalidnost.

Za osobe mlađe od 14 godina u okviru osigurnine nadoknađuju se samo stvarni i realni troškovi pogreba maksimalno do visine iznosa osiguranja. Ukoliko je ugovoreno pokriva se smrt uslijed prometne nezgode, u slučaju nastupa osiguranog slučaja korisnicima osiguranja isplaćuju se oba iznosa osiguranja. Prometna nezgoda definira se u skladu s važećim zakonskim propisima.

Članak 13.

Smrt uslijed bolesti

- U slučaju smrti osiguranika uzrokovane bolešću, Osiguratelj isplaćuje ugovoreni iznos osiguranja za smrt uslijed bolesti koji je naveden na polici.

- Za osobe mlađe od 14 godina u okviru osigurnine nadoknađuju se samo stvarni i realni troškovi pogreba maksimalno do visine iznosa osiguranja.
- Isključena je obveza Osiguratelja na isplatu iznosa osiguranja za slučaj smrti uzrokovane bolešću, ukoliko je bolest, koja je uzrok smrti osiguranika, postojala, odnosno započela prije početka osiguranja.
- Obveza Osiguratelja za slučaj smrti uslijed bolesti ograničena je i Osiguratelj je dužan isplatiti:
 - 50% od iznosa osiguranja, ako osiguranik umre tijekom prvih šest mjeseci trajanja osiguranja;
 - cijeli iznos osiguranja, ako osiguranik umre poslije šest mjeseci od početka osiguranja.

Članak 14.

Bolnička dnevnic

- Bolnička dnevnic plaća se za svaki kalendarski dan koji osiguranik, zbog posljedica nesretnog slučaja (nezgode), provede na bolničkom liječenju, a najdulje 365 dana unutar 2 godine od dana nesretnog slučaja (nezgode).
 - Bolnička dnevnic plaća se i za svaki kalendarski dan koji osiguranik, a zbog nekog osiguranog slučaja, provede na rehabilitaciji koja je odobrena od Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i koja se provodi nastavno nakon završenog bolničkog liječenja, ali najdulje 30 dana.
 - Pod bolnicom se podrazumijevaju zdravstvene ustanove koje imaju valjanu dozvolu Ministarstva zdravlja i koje ispunjavaju druge zakonom propisane uvjete.
- Bolnicama se ne smatraju rehabilitacijski centri, specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju bolnice za njegu zbog starosti, nemoć, neizlječive teške bolesti ili nemogućnosti ostvarenja kućne njege, toplice, lječilišta.
- Danom boravka u bolnici smatra se boravak u bolnici od najmanje 24 sata.

Članak 15.

Dnevna naknada

- Ako nesretan slučaj (nezgoda) ima za posljedicu osiguranikovu privremenu nesposobnost za rad koja se očituje u njegovoj odsutnosti s radnog mjesta, privremenu nesposobnost boravka u vrtiću, pohađanja škole ili fakulteta, privremenu nesposobnost za bavljenje sportskom aktivnošću koja je predmet osiguranja, a ugovoren je rizik dnevne naknade, Osiguratelj isplaćuje dnevnu naknadu u ugovorenoj visini od prvog dana pa do posljednjeg dana trajanja nesposobnosti za rad / boravak u vrtiću, školi ili fakultetu / bavljenje sportskom aktivnošću koja je predmet osiguranja, ali najviše do 200 dana po jednom osiguranom slučaju.
- Pokriva dnevne naknade za djecu obuhvaća i naknadu za boravak u vrtiću ili pohađanje nastave s imobiliziranim ekstremitetima.

Članak 16.

Troškovi nezgode

- Ako se posebno ugovori i plati dodatna premija, osigurani su i troškovi nezgode. Ukupni troškovi uzrokovani nesretnim slučajem (nezgodom) nadoknađuju se do maksimalnog iznosa od 20.000 kn ako su nastali u razdoblju od 2 godine od dana nastanka nesretnog slučaja (nezgode) i ako nisu pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem ili nekim drugim osiguranjem. Ukoliko su troškovi vezani uz nesretni slučaj (nezgodu) samo djelomično pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem ili nekim drugim osiguranjem, nadoknađuju se samo nepokriveni troškovi. Osigurani su samo oni troškovi koji nastanu na području Republike Hrvatske.
- Osigurani su :
 - troškovi liječenja;
 - troškovi prijevoza osiguranika;
 - troškovi spašavanja koji su bili nužni ako je osiguranik pretrpio nesretni slučaj (nezgodu) u brdima ili na vodi;
 - troškovi kozmetičke operacije;
 - troškovi kućne njege.
- Troškovi liječenja su troškovi koji su nastali u svezi s uklanjanjem posljedica nesretnog slučaja (nezgode), te su prema odluci liječnika bili nužni. Uključeni su troškovi nabave proteza ili zubnih supstitucija. Ukoliko osiguranik zbog dugih lista čekanja privatno obavi pregled / pretrage koje su pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem, ima pravo na povrat 50% cijene usluge uz uvjet da je lista čekanja duža od tri mjeseca te da postoji stroga medicinska indikacija da se pregled obavi u ovom periodu. Iznimka su pretrage MR i CT gdje lista čekanja mora biti duža od devet mjeseci.
- Troškovi prijevoza su nesretnim slučajem (nezgodom) uvjetovani troškovi vezani uz transport, preporučeni od strane liječnika, ozlijeđenog osiguranika koji je nesretni slučaj (nezgodu) doživio izvan prebivališta, a uključuju trošak prijevoza s mjesta nesretnog slučaja (nezgode), odnosno iz bolnice u koju je osiguranik nakon nesretnog slučaja (nezgode) prebačen do mjesta stanovanja, odnosno bolnice naj-

bliže mjestu stanovanja. U slučaju smrti osiguranika uslijed nesretnog slučaja (nezgode) plaćaju se i troškovi transporta tijela do njegova posljednjeg mjesta stanovanja u Hrvatskoj.

5. Troškovi spašavanja dokumentirani su troškovi potrage za osiguranikom i njegovog transporta do slijedeće prohodne ceste ili do najbliže bolnice u odnosu na mjesto nesretnog slučaja (nezgode). Troškovi kozmetičke operacije su troškovi operacije i kliničkog liječenja oštećenih ili deformiranih površina tijela osiguranika nastalih kao posljedica nesretnog slučaja (nezgode). Osiguratelj će do visine iznosa osiguranja isplatiti troškove liječničkog honorara, lijekova, zavoja i ostalih lijekova propisanih od strane liječnika, kao i troškove smještaja i njega u klinici povezanih s navedenom kozmetičkom operacijom. Pokriće vrijedi unutar četiri godine nakon nastanka nesretnog slučaja (nezgode) i radi se o troškovima koji nisu pokriveni osnovnim zdravstvenim ili nekim drugim osiguranjem. Osiguranjem nisu obuhvaćene stomatološke usluge, izuzev prvog nadomjestka ili prvog liječenja sjekutića. Osiguratelj nije u obvezi isplatiti naknadu s osnova kozmetičke operacije osiguranika, ako uzrok trajnog narušenja vanjskog izgleda ne proizlazi iz osiguranog slučaja prilikom kojeg je kod osiguranika nastupio invaliditet.
6. Troškovi medicinske kućne njega su troškovi njega uzrokovani nesretnim slučajem (nezgodom), a koju provodi kvalificirani zdravstveni djelatnik. Medicinska kućna njega mora biti medicinski indicirana i može trajati najviše četiri sata dnevno. Potreba za kućnom njegom postoji kada osiguranik, kao posljedicu nesretnog slučaja (nezgode), ima nemogućnost obavljanja svakodnevnih uobičajih dnevnih aktivnosti kao što su ustajanje / lijevanje, odijevanje / razodijevanje, njega tijela, njega rane.

Članak 17.

Troškovi gubitka ili oštećenja prtljage

1. Ako se posebno ugovori i plati dodatna premija, osigurani su i troškovi nastali gubitkom, oštećenjem ili uništenjem prtljage koju osiguranik nosi sa sobom za vrijeme puta izvan mjesta svog prebivališta, kao i za vrijeme boravka u određitu putovanja. Pokrivaju se stvarni troškovi, maksimalno do iznosa osiguranja.
2. U slučaju da prtljaga ne stigne na određite isti dan kada i osiguranik, isplaćuje se naknada za nabavku nužne zamjenske prtljage temeljem izvornika računa, ali najviše do kunske protuvrijednosti od 2.000 kn.

Članak 18.

Postupak kod spornih slučajeva (liječnička komisija)

Ako ugovaratelj osiguranja, osiguranik ili korisnik i Osiguratelj nisu suglasni u pogledu vrste, uzroka ili posljedica nesretnog slučaja ni u pogledu opsega Osigurateljeve obveze, utvrđivanje spornih činjenica povjerit će se vještacima određene specijalizacije. Jednoga vještaka imenuje Osiguratelj, a drugoga 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.

OGRANIČENJE OSIGURATELJNE ZAŠTITE

Članak 19.

Isključenje obveze Osiguratelja

1. Ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, isključene su u cijelosti sve Osigurateljeve obveze, ako je nesretni slučaj (nezgoda) nastao:
 - a. zbog potresa;
 - b. zbog rata, neprijateljstva, ratnih operacija ili ratu sličnih radnja;
 - c. građanskog rata, revolucije, pobune, ustanka ili građanskih nemira koji nastanu iz takvih događaja;
 - d. zbog detonacije eksploziva, mina, torpeda, bomba ili pirotehničkih sredstava;
 - e. pri treningu i sudjelovanju u automobilskim, carting i motociklističkim utrkama;
 - f. pri upravljanju i vožnji zrakoplovom i letjelicama svih vrsta, osim u svojstvu putnika u javnom prijevozu, kao i sportski skokovi padobranom, zračno jedrilicarstvo, letenje zmajem, letenje paraglajding, vožnja balonom;
 - g. zbog pokušaja ili izvršenja samoubojstva;
 - h. zato što je ugovaratelj osiguranja, osiguranik ili korisnik namjerno uzrokovao nesretni slučaj (nezgodu);
 - i. pri pripremi, pokušaju ili izvršenju kaznenog djela s umišljajem i pri bijegu poslije takve radnje;
 - j. zbog djelovanja alkohola i/ili narkotičkih sredstava na osiguranika, bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe za nastanak nesretnog slučaja (nezgode). Smatra se da je nesretni slučaj (nezgoda) nastao zbog djelovanja alkohola ako je u vrijeme nastanka nesretnog slučaja (nezgode) utvrđena koncentracija alkohola u krvi bila viša od 0,50 g/kg pri upravljanju prometnim sredstvom, a u ostalim slučajevima više od 0,80 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 mje-

sta 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;

- k. zbog aktivnog sudjelovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoobrane;
- l. uslijed terorizma. Ako je gubitak ili trošak bilo koje vrste, izravno ili neizravno prouzročen činom terorizma ili je s tim u svezi. U smislu ovih Uvjeta, teroristički čin je svako djelo uporabe sile i/ili prijetnje bilo koje vrste koje učine pojedinci ili skupina(e) ljudi radi postizanja političkih, religijskih, etničkih, ideoloških ili sličnih ciljeva koji izazivaju strah ili paniku u pučanstvu ili dijelu pučanstva, uključujući (ali ne nužno) i nakanu da na taj način utječu na vladu i/ili državne institucije, bez obzira na to djeluju li te osobe(a) ili skupine(a) same ili u ime ili u svezi s bilo kojom organizacijom(ama) ili vladom(ama);
- m. uslijed srčanog udara (infarkta) ili moždanog udara (infarkta). Srčani i moždani infarkt ni u kojem slučaju se ne smatraju posljedicom nesretnog slučaja (nezgode);
- n. pri upravljanju plovilima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlast vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom plovila, motornog i drugog vozila; (smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu kad radi pripreme i polaganja ispita za dobivanje službene isprave vozi uz neposredan nadzor službeno ovlaštenog stručnog instruktora);
- o. štete koje su posredno ili neposredno, u cijelosti ili djelomično prouzročene nastale: ionizirajućim zračenjem ili onečišćenjem radioaktivnim tvarima iz nuklearnog goriva ili otpada ili onečišćenjem zbog izgaranja nuklearnog goriva; radioaktivnim, otrovnim ili drugim opasnim i ugrožavajućim svojstvima nuklearnog postrojenja, reaktora ili drugog nuklearnog sustava ili nuklearne komponente istih;
- p. zbog oružja ili naprava čija razorna snaga potječe od atomske ili nuklearne fizike i/ili fuzije ili drugih sličnih reakcija ili radioaktivnih tvari;
- q. zbog radioaktivnog, otrovnog, eksplozivnog ili bilo kojeg drugog opasnog svojstava radioaktivnih tvari.

OBVEZE OSIGURANIKA

Članak 20.

Premija

1. Ugovaratelj je dužan platiti premiju, ako nije drukčije ugovoreno, odjednom za svaku godinu osiguranja.
2. U slučaju neplaćanja premije osiguranje se raskida sukladno važećim zakonskim propisima.
3. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća obročno, sljedeće premije moraju se uplatiti sukladno ugovorenim rokovima dospijeca.
4. Osiguratelj ima pravo sve neplaćene broke premije tekuće godine osiguranja naplatiti prigodom bilo koje isplate iz osiguranja.
5. U slučaju prestanka ugovora o osiguranju zbog smrti osiguranika ili njegove nesposobnosti za osiguranje, Osiguratelj ima pravo na premije do kraja tekuće osigurateljne godine.
6. Za svaki dan prekoračenja roka dospelosti Osiguratelj može zaračunati zateznu kamatu u visini određenoj propisima.
7. Ugovaratelj osiguranja je dužan, pored premija, podmiriti i sve doprinose i poreze sukladno zakonskim propisima.
8. Ako je obzirom na dogovoreno trajanje ugovora o osiguranju Osiguratelj odobrio popust na premiju, u slučaju prijevremenog prestanka ugovora može zatražiti naknadnu uplatu iznosa za koji bi premija bila uvećana, da je ugovor sklopljen samo za ono razdoblje u kojem je stvarno i važio.

Članak 21.

Obveza prijavljivanja prije sklapanja ugovora o osiguranju

Do trenutka sklapanja ugovora ugovaratelj osiguranja i osiguranik dužni su prijaviti Osiguratelju sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, ako su im poznate ili im nisu mogle ostati nepoznate.

Takvim se okolnostima smatraju sve one okolnosti za koje je Osiguratelj postavio pisana pitanja u ponudi osiguranja.

Ako ugovaratelj ne postupi prema odredbama ovog članka, Osiguratelj će postupiti sukladno odredbama Zakona o obveznim odnosima.

Članak 22.

Prijava promjene zanimanja ili djelatnosti osiguranika

1. Ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, dužan je prijaviti Osiguratelju promjenu zanimanja.
2. Ako promjena zanimanja utječe na promjenu opasnosti, Osiguratelj će u slučaju povećanja opasnosti predložiti povećanu premiju ili smanjenje iznosa osiguranja, a u slučaju smanjenja opasnosti smanjenje premije ili povećanje iznosa osiguranja. Tako određeni iznosi osiguranja premije vrijede od dana promjene zanimanja.
3. Ako Ugovaratelj osiguranja ne prijavi promjenu zanimanja niti prihvati povećanje, odnosno smanjenje premije u roku od 14 (četrnaest) dana od dana primitka prijedloga, a u međuvremenu nastane osiguranik slučaj, iznosi osiguranja će se smanjiti ili povećati u razmjeru između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti.

4. Gore navedene odredbe primjenjuju se i u slučaju da se osiguranik tokom osiguranja registrira kao član sportskog kluba.

Članak 23.

Prijava nesretnog slučaja (nezgode)

1. Osiguranik koji je zbog nesretnog slučaja ozlijeđen, dužan je:
 - odmah se prijaviti liječniku, odnosno pozvati liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i odmah poduzeti sve potrebne mjere radi liječenja i držati se liječničkih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja;
 - odmah nesretni slučaj (nezgodu) prijaviti Osiguratelju;
 - u prijavi o nesretnom slučaju pružiti Osiguratelju sva potrebna izvješća i podatke, a posebno o datumu i vremenu nastanka osiguranog slučaja, tijeku osiguranog slučaja, sudionicima i važnim okolnostima vezanim za nastanak osiguranog slučaja. Prijavi se prilaže dokumentacija koja sadrži dokaz o činjenicama da se osigurani slučaj dogodio, kao i da su nastupile okolnosti zbog kojih je Osiguratelj u obvezi isplatiti osigurninu i u kojoj visini.
2. Ako je nesretni slučaj (nezgoda) imao za posljedicu osiguranikovu smrt, korisnik osiguranja dužan je o tome izvjestiti Osiguratelja i pribaviti potrebnu medicinsku i ostalu dokumentaciju.
3. Osiguratelj je ovlašten i ima pravo od osiguranika, ugovaratelja osiguranja, 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 nesretnom slučaju.
4. Na zahtjev Osiguratelja, osiguranik se mora podvrci pregledu kod liječnika kojeg odredi Osiguratelj.
5. Ako osiguranik ili korisnik ne postupi prema odredbama iz točaka ovog članka te zbog takva postupanja pridonese nastanku invaliditeta ili tome da invaliditet bude veći nego što bi inače bio, ima pravo samo na razmjernan dio naknade.

Članak 24.

Korisnik osiguranja

Ugovaratelj osiguranja može Ugovorom o osiguranju, nekim drugim pravnim poslom ili oporukom odrediti osobu kojoj pripadaju prava iz ugovora o osiguranju.

Ukoliko nije drugačije određeno, prava na osigurninu, osim za slučaj smrti, pripadaju osiguraniku.

Ako se osiguranje odnosi na život neke druge osobe, za određivanje Korisnika potrebna je i njezina pisana suglasnost.

ZAVRŠENE ODREDBE

Članak 25.

Postupak za mirno rješavanje sporova i nadležnost suda

Subjenti iz Ugovora o osiguranju i ostali korisnici usluga UNIQA osiguranja upućuju svoje ostale pritužbe UNIQA osiguranju d.d. pisanim podneskom:

- na adresu sjedišta UNIQA osiguranja d.d. u Zagrebu ili
- e-mailom na adresu info@uniqa.hr.

Pritužbe se rješavaju sukladno Pravilniku o rješavanju pritužbi koji donosi Uprava UNIQA osiguranja.

Ukoliko sporovi koji se odnose na pitanja valjanog nastanka, povrede ili prestanka ugovora o osiguranju, nisu riješeni u mirnom postupku kod Osiguratelja, na jedan od načina predviđen u prethodnim točkama, pokrenut će se postupak mirenja kod neke od nadležnih organizacija mirenja u Republici Hrvatskoj. Ukoliko spor nije moguće riješiti mirnim putem, ugovara se nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu.

Članak 26.

Pravni okvir

Na pravne odnose između Osiguratelja, ugovaratelja osiguranja, osiguranika, korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulirani ovim Uvjetima, primjenjivati će se odredbe Zakona o obveznim odnosima.

Članak 27.

Forma izjava

Sve obavijesti i izjave ugovornih strana važeće su samo u pisanom obliku. Ako je ovim Uvjetima ili Ugovorom o osiguranju utvrđena obveza podnošenja izvještaja jedne od ugovornih strana drugoj ugovornoj strani, za pravovremenost ispunjenja ugovorne obveze mjerodavan je dan kada je izvještaj zaprimljen od strane kojoj je poslan.

Članak 28.

Nadzor Osiguratelja

Za nadzor nad Osigurateljem nadležna je Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga.

ZASTUPNICI OSIGURANJA

Članak 29.

Zastupnici osiguranja

Zastupnik osiguranja ovlašten je u ime i za račun Osiguratelja obavljati poslove u svezi s pripremom i sklapanjem Ugovora o osiguranju i davati potrebne obavijesti i savjete ugovaratelju osiguranja.

Zastupnik osiguranja nije ovlašten u ime i za račun Osiguratelja davati obvezujuće izjave ili odlučivati: o prihvatu ili odbijanju ponude za sklapanje Ugovora o osiguranju, promjeni ili produženju ugovora o osiguranju, opsegu osigurateljnjog pokrivača ili njegovom proširenju ili ograničenju, raskidu Ugovora o osiguranju i odgodi roka za plaćanje premije.

POSEBNE ODREDBE ZA GRUPNO (KOLEKTIVNO) OSIGURANJE OSOBA

Članak 30.

1. Ugovaratelj osiguranja može zaključiti grupno (kolektivno) osiguranje za određenu grupu osoba, pod uvjetom da ih je osigurano najmanje tri.
2. Osobe koje su osigurane grupnom policom kao članovi određene grupe osoba uključuju se u potpunu obvezu Osiguratelja, bez obzira na zdravstveno stanje (osim duševno bolesnih osoba i osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti, koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja) i sportske aktivnosti.

Članak 31.

1. Maksimalno pokrivače po jednom štetnom događaju po polici grupnog osiguranja je 2.000.000,00 kn.
2. Ukoliko ukupan iznos iz pojedinačnih zahtjeva osiguranika prelazi navedeni iznos, iznos naknade za svakog pojedinog Osiguranika umanjuje se prema omjeru u kojem se nalazi iznos pojedinačne naknade u odnosu prema maksimalnom pokrivaču.

Članak 32.

Evidencija osiguranika i konačan obračun

1. Ugovor o grupnom osiguranju od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) može se zaključiti s naznakom i bez naznake imena i prezimena te osobnog identifikacijskog broja [OIB] osiguranika.
2. Ako je ugovoreno grupno 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 grupno 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.
4. 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.
5. Na kraju godine osiguranja vrši se konačni obračun premije prema prosječnom broju osiguranih osoba [članova, tj. djelatnika]. U tom slučaju ugovaratelj osiguranja dužan je u roku od 15 dana od zahtjeva Osiguratelja pisanim putem prijaviti Osiguratelju brojno stanje osiguranih osoba.

Članak 33.

Početak i trajanje osiguranja

Za osobe koje se pridruže određenoj grupi osoba nakon početka osiguranja označenog u polici, osigurateljna zaštita počinje u 00:00 sati nakon dana kad su pristupile grupi uzimajući u obzir odredbe članka 4. ovih Uvjeta. Za osobe koje su istupile iz određene grupe osoba, osiguranje prestaje istekom 24-tog sata onoga dana kad su istupile iz grupe uzimajući u obzir odredbe članka 4. ovih Uvjeta.

Ovi Uvjeti se primjenjuju od 05.07.2016.