

**POSEBNI UVJETI
ZA GRUPNO OSIGURANJE VLASNIKA OROČENIH ŠTEDNIH ULOGA I OPUNOMOĆENIKA PO OROČENIM
ŠTEDNIM ULOZIMA KOD Addiko Bank d.d. OD POSLJEDICA NESRETNOG SLUČAJA (NEZGODE)**

UVODNE ODREDBE

Članak 1.

- (1) Ovi Posebni uvjeti za grupno osiguranje vlasnika oročenih štednih uloga i opunomoćenika po oročenim štednim ulozima kod Addiko Bank d.d. od posljedica nesretnog slučaja (u nastavku teksta: Posebni uvjeti) sastavni su dio Ugovora o grupnom osiguranju vlasnika oročenih štednih uloga i opunomoćenika po oročenim štednim ulozima (u nastavku teksta: Ugovor o grupnom osiguranju) kojeg je Addiko Banka d.d. kao ugovaratelj osiguranja sklopio s CROATIA osiguranjem d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).
- (2) Ovim Uvjetima reguliraju se odnosi između ugovaratelja, osiguranika i osiguratelja prema ugovorenim oblicima osiguranja za slučaj:
 - smrti zbog nesretnog slučaja (nezgode),
 - smrti uslijed prometne nezgode,
 - dnevne naknade za boravak u bolnici zbog liječenja posljedica nesretnog slučaja (nezgode),
 - estetske operacije,
 - teško bolesnog stanja,
 - iznenadne smrti zbog bolesti.
- (3) Pojedini izrazi u ovim Posebnim uvjetima znače:
 - **ugovaratelj** je pravna osoba koja s osigurateljem sklopi Ugovor o grupnom osiguranju,
 - **osiguranik** je fizička osoba koja je potpisom Pristupnice Ugovoru o grupnom osiguranju vlasnika oročenog štednog uloga (u daljnjem tekstu: Pristupnica) iskazala nespornu volju postati osiguranikom prema uvjetima Ugovora o grupnom osiguranju i o čijoj smrti, ili pogoršanju zdravlja ovisi isplata osiguranog iznosa,
 - **korisnik** je osoba ili osobe kojima se isplaćuje osigurani iznos odnosno naknada,
 - **osigurani iznos** je najveći iznos do kojeg je osiguratelj u obvezi za svakog pojedinog osiguranika,
 - **Ugovor o grupnom osiguranju** je Ugovor između osiguratelja i ugovaratelja osiguranja temeljem kojega je pruženo osiguranje osiguranicima uređeno ovim Uvjetima. Sastavni dio Ugovora o grupnom osiguranju su ovi Uvjeti i Pristupnica.
 - **Pristupnica** je izjava osiguranika koja sadrži sve bitne informacije za procjenu rizika i odluku osiguratelja o prihvatu u osiguranje te predstavlja nesporni iskaz volje davatelja izjave da postane osiguranikom po Ugovoru o grupnom osiguranju.
- (4) U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Uvjeta i neke odredbe iz Ugovora o grupnom osiguranju, primijenit će se odredbe Ugovora o grupnom osiguranju, a u slučaju neslaganja neke tiskane odredbe Ugovora o grupnom osiguranju i neke njegove rukom pisane odredbe, primijenit će se rukom pisane odredbe.

SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 2.

- (1) Ugovor o grupnom osiguranju sklapa se u pisanom obliku.
- (2) Smatra se da je Ugovor o grupnom osiguranju sklopljen u 24,00 sata onoga dana kad ugovaratelj osiguranja i osiguratelj potpišu Ugovor o grupnom osiguranju.

OBLIK UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 3.

- (1) Ugovor o grupnom osiguranju i svi dodaci ugovoru vrijede samo ako su sklopljeni u pisanom obliku.
- (2) Svi zahtjevi ili izjave podnijeti su pravovremeno, ako su podnijeti u roku iz odredbi ovih Posebnih uvjeta. Kao dan primitka smatra se datum poštanskog žiga.

PRISTUPANJE UGOVORU O OSIGURANJU

Članak 4.

- (1) Osiguranik pristupa Ugovoru o grupnom osiguranju potpisom Pristupnice koja je sastavni dio Ugovora o grupnom osiguranju, istovremeno sa sklapanjem Ugovora o oročenom štednom ulogu s ugovarateljem osiguranja ili naknadnim potpisivanjem Pristupnice za već prethodno sklopljeni Ugovor o oročenom štednom ulogu s ugovarateljem osiguranja.
- (2) Osobe koje pristupe Ugovoru o grupnom osiguranju uključuju se u potpunu obvezu osiguratelja osim duševno bolesnih osoba i osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti, koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja.
- (3) Osiguranici temeljem Ugovora o grupnom osiguranju mogu biti isključivo punoljetni vlasnici oročenog štednog uloga kod ugovaratelja osiguranja i njegovi punoljetni opunomoćenici.
- (4) Sukladno Ugovoru o grupnom osiguranju osiguratelj je u obvezi za osiguranike do 80 godina starosti, odnosno ukoliko su ugovoreni rizici osiguranja teško bolesnog stanja i iznenadne smrt zbog bolesti, osiguratelj je u obvezi do 55 godina starosti osiguranika. Pristupna dob se promatra na dan potpisivanja Pristupnice i tada osiguranik ne smije imati navršenih 80., odnosno 55. godina.
- (5) Osiguranik potpisom Pristupnice daje privolu ugovaratelju osiguranja da na izričit pisani zahtjev osiguratelja omogući uvid u osobne podatke osiguranika kao i informacije o ugovorenom osiguranju i to, osiguratelju u slučajevima vezanim uz ostvarivanje prava iz osiguranja, nadležnom nadzornom tijelu u postupku nadzora poslovanja u skladu s odredbama Zakona o osiguranju ili ovlaštenjima temeljem drugih mjerodavnih zakona, odnosno revizorskom društvu u postupku revizije finansijskih izvještaja.

POJAM NESRETNOG SLUČAJA

Članak 5.

- (1) Nesretnim slučajem 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 ili narušenje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć.
- (2) U smislu prethodnog stavka smatraju se nesretnim slučajem naročito sljedeći događaji: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, 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.
- (3) Kao nesretni slučaj smatra se i sljedeće:
 1. trovanje hranom ili kemijskim sredstvima iz neznanja osiguranika osim u slučaju profesionalnih bolesti;
 2. infekcija ozljede prouzročene nesretnim slučajem;
 3. trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim u slučaju profesionalnih bolesti;
 4. opekline vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.;
 5. davljenje i utapanje;
 6. gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl.);
 7. istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastanu uslijed naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima ukoliko je to nakon ozljede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi;
 8. djelovanje svjetlosti, sunčanih 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;
9. djelovanje rendgenskih ili radijskih zraka, ako nastupi naglo ili iznenada, osim u slučaju profesionalnih bolesti.
- (4) Ne smatraju se nesretnim slučajem 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, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, ishialgija, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko krstačne regije označene analognim terminima;
 6. odljepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesno ili degenerativno promijenjeno oko, 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. posljedice liječenja ili preventivnog tretmana poduzetog alternativnim metodama;
 10. patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize;
 11. sistavne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti;
 12. nesretni slučajevi koje uzrokuje srčana kliženut (infarkt). Srčana se kliženut (infarkt) ni u kojem slučaju ne smatra posljedicom nesretnog slučaja;
 13. nesretni slučajevi zbog udara moždane kapi, poremećaja uma ili svijesti, osim ako su i ti utjecaji neposredno uzrokovani nesretnim slučajem koji se može svesti u okviru nesretnog slučaja koji osiguratelj prihvaća.

POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

Članak 6.

- (1) Osigurateljno pokriva počine za pojedinu osobu koja pristupi Ugovoru o grupnom osiguranju i traje za vrijeme trajanja Ugovora o oročenom štednom ulogu sklopljenog sa Addiko Bank d.d. kao ugovarateljem osiguranja ili do otkaza.
- (2) Ako drugdje u ovim Posebnim uvjetima nije drugačije određeno, osiguranje u odnosu na pojedinog osiguranika počinje u 24,00 sati onoga dana kada je osiguranik potpisano Pristupnicu predao ugovaratelju osiguranja.
- (3) Ako drugdje u ovim Posebnim uvjetima nije drugačije određeno, osigurateljno pokriva prestaje za svakog pojedinog osiguranika istekom 24,00 sata, onog dana:
 1. kada nastupi smrt osiguranika;
 2. kada osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti;
 3. kada osiguranik navršši 81. odnosno 56. godinu života.
 4. kada osiguranik raskine ugovor o oročenom štednom ulogu sklopljen sa Addiko Bankom
 5. kada ugovaratelj osiguranja zaprimi zahtjev osiguranika za istupanjem iz Ugovora o grupnom osiguranju;
 6. kada istekne ugovor o oročenom štednom ulogu sklopljen sa Addiko Bankom d.d., ako takav ugovor o oročenom štednom ulogu nije obnovljen po njegovom isteku;
 7. kada u skladu s odredbama iz ugovora o oročenom štednom ulogu prestane punomoć osiguraniku koji je opunomoćenik po oročenom štednom ulogu;
 8. kada osiguranik ne ispuni svoju obvezu podmirivanja premije osiguranja.

PREMIJA OSIGURANJA

Članak 7.

- (1) Premija osiguranja predstavlja iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan doznati osiguratelju prema Ugovoru o grupnom osiguranju.
- (2) Premija osiguranja utvrđuje se za pojedinog osiguranika u skladu s Ugovorom o grupnom osiguranju i ugovorenim opsegom pokriva koji je naveden na Pristupnici.

- (3) Premiju osiguranja snosi osiguranik koji pristupanjem Ugovoru o grupnom osiguranju ovlašćuje ugovaratelja osiguranja na prijenos sredstava premije osiguranja na račun osiguratelja.
- (4) Ugovaratelj osiguranja je dužan obaviti prijenos premije osiguranja za svakog pojedinog osiguranika, na račun osiguratelja u skladu s odredbama Ugovora o grupnom osiguranju.

OSIGURATELJNA POKRIĆA I OBVEZE

Članak 8.

- (1) Kad nastane nesretni slučaj u smislu ovih Posebnih uvjeta, osiguratelj isplaćuje iznose kako je navedeno na Pristupnici i to:
 1. Osigurani iznos za slučaj smrti, ako je zbog nesretnog slučaja nastupila smrt osiguranika;
 2. Osigurani iznos za slučaj smrti uslijed prometne nezgode prema članku 9. ovih Posebnih uvjeta;
 3. Dnevnu naknadu za boravak u bolnici zbog liječenja posljedica nesretnog slučaja prema članku 10. ovih Uvjeta;
 4. Stvarne troškove do visine osiguranog iznosa za estetsku operaciju prema članku 11. ovih Posebnih uvjeta.
 5. Osigurani iznos za teško bolesno stanje prema članku 13. i 14. ovih Posebnih uvjeta;
 6. Osigurani iznos za iznenadnu smrt zbog bolesti sukladno članku 15. i 16. ovih Posebnih uvjeta.
- (2) U slučaju da Osiguranik ima više oročenih štednih uloga za isto razdoblje trajanje osiguranja, Osiguratelj je u obvezi do limita po riziku definiranog Ugovorom o grupnom osiguranju.

1. Smrt uslijed prometne nezgode

Članak 9.

- (1) Osiguranje smrti uslijed prometne nezgode moguće je ugovoriti uz osiguranje smrti uslijed nesretnog slučaja. U slučaju nastupa osiguranog slučaja, korisniku osiguranja se isplaćuju oba ugovorena iznosa.
- (2) Prometna nezgoda definira se prema važećem Zakonu o sigurnosti prometa na cestama, a predstavlja događaj na javnoj cesti, izazvan kršenjem prometnih propisa, u kojem je sudjelovalo najmanje jedno vozilo u pokretu i u kojem je najmanje jedna osoba u svojstvu vozača ili putnika ili pješaka poginula.
- (3) Osiguratelj nije u obvezi za slučaj smrti osiguranika zbog prometne nezgode ako nesretni slučaj nastupi za vrijeme uporabe prometnog sredstva kao posljedica događaja koji nema obilježja prometne nezgode.

2. Dnevna naknada za boravak u bolnici zbog liječenja posljedica nesretnog slučaja (bolnička naknada)

Članak 10.

- (1) Ako nesretni slučaj ima za posljedicu boravak osiguranika u bolnici zbog liječenja, a ugovorena je dnevna naknada za liječenje u bolnici, osiguratelj isplaćuje ugovorenu naknadu od prvog do zadnjeg dana boravka u bolnici odnosno do dana smrti, ali najviše do 200 dana.
- (2) Dnevna naknada isplaćuje se isključivo za bolničko liječenje, a isključeno je ambulantno liječenje. Danom boravka u bolnici smatra se noć provedena u bolnici.

3. Estetska operacija

Članak 11.

- (1) Osiguratelj će, isplatiti ugovorenu naknadu za troškove estetske operacije ako je po završetku liječenja zbog posljedica nesretnog slučaja površina osiguranikove glave i lica te vrata i ruku koja je uobičajeno vidljiva svim osobama, oštećena ili trajno unakažena te se osiguranik podvrgne estetskoj operaciji u svrhu otklanjanja ili umanjenja vidljive unakaženosti. U tom slučaju, osiguratelj je u obvezi po obavljenoj estetskoj operaciji, neovisno od već isplaćenih ugovorenih naknada, isplatiti naknadu do ugovorenog osiguranog iznosa i to za slijedeće stvarno nastale troškove:
 - operacije i lijekova te
 - bolničkog smještaja i prehrane.
- (2) Isplata naknade za troškove estetske operacije isključuje isplatu bolničke naknade iz članka 10. ovih Posebnih uvjeta, a osiguratelj nije u obvezi niti:
 - naknaditi troškove boravka u medicinskim, lječilišnim ili rehabilitacijskim ustanovama bilo kojeg tipa i namjene,
 - naknaditi troškove zubne protetike i drugih oblika liječenja i nadogradnje zubiju,
 - isplatiti troškove bolesničke njege,
 - naknadati troškove prehrambenih namirnica i osvježavajućih sredstava odnosno napitaka.
- (3) Estetska operacija i liječenje moraju biti obavljani do isteka druge godine od dana nastanka nesretnog slučaja.

- (4) Osiguravatelj nije u obvezi isplatiti naknadu za estetsku operaciju osiguranika ako uzrok trajnog unakaženja vanjskog izgleda ne proizlazi iz nesretnog slučaja ili ako je iz medicinske dokumentacije razvidno da je unakaženost postojala i prije nastupa nesretnog slučaja kao i u slučaju ako ju prethodno nije odobrio.
- (5) Osiguravatelj priznaje naknadu troškova estetske operacije isključivo na temelju izdanog originalnog računa i medicinske dokumentacije koja potvrđuje opravdanost i nužnost nastalih troškova.

4. Teško bolesna stanja i iznenadna smrt zbog bolesti

4.1. Zajedničke odredbe

Članak 12.

- (1) Ovim Posebnim uvjetima utvrđuju se i uvjeti osiguranja osoba za slučaj nastupa teško bolesnog stanja i iznenadne smrti zbog bolesti.
- (2) Osigurani iznos je najveći iznos do kojeg je osiguratelj u obvezi u jednoj osigurateljnoj godini po osiguraniku.
- (3) Ovim osiguranjem nisu obuhvaćene osobe kod kojih je ranije ustanovljeno bilo koje stanje bolesti koje se osigurava na temelju ovih Posebnih uvjeta, odnosno koji se na dan sklapanja ugovora o osiguranju liječe od neke od tih bolesti. Nadalje, ne mogu se osigurati osobe iz čije je medicinske dokumentacije razvidno da je bolest odnosno bolesno stanje koji se osiguravaju ustanovljeno prije početka osiguranja ili da je postavljena sumnja na bolest, no zbog neprovedenih odgovarajućih medicinskih postupaka ista nije verificirana.
- (4) Iznimno, osoba iz stavka 3. ovoga članka prihvaća se u osiguranje uz isključenje te bolesti iz osiguranja ukoliko se ugovara osiguranje rizika teško bolesnih stanja.
- (5) U svakom slučaju, iz osigurateljnog pokrivača isključena je iznenadna smrt osiguranika prouzročena bolešću:
 - koje su se dogodile ili potječu od uzroka poznatog prije zaključenja osiguranja, ili
 - imaju posljedice koje su nastale nakon početka osiguranja, a uzrok im je nastupio prije dana pokrića, ili
 - je osiguraniku u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju dijagnosticirana bolest, ili
 - je iz medicinske dokumentacije razvidno da je bolest bila u nastupanju, ili
 - je liječničkom radnom dijagnozom postavljena sumnja na bilo koju bolest koja uzrokuje nastup osiguranog slučaja, ili
 - je nastupila kao posljedica kirurškog zahvata koji nije poduzet radi liječenja posljedica bolesti.

4.2. Teško bolesno stanje (TBS)

Članak 13.

- (1) Teško bolesno stanje u smislu osiguranog slučaja je stanje u kojem se nalazi osiguranik zbog bolesti navedenih u stavku (3) i (5) ovoga članka i koje uvjetuju operativno liječenje osiguranika ili njegovo kontinuirano konzervativno liječenje koje uključuje i fizikalnu terapiju, a po potrebi i tuđu pomoć, pod uvjetima utvrđenim ovim člankom. Postavljena dijagnoza bolesti, osim u slučaju AIDS-a, ne smatra se teško bolesnim stanjem u smislu ovih Posebnih uvjeta.
- (2) Bolesti iz stavka (3) i (5) ovoga članka moraju biti ustanovljene najsvremenijim medicinskim metodama prema važećim algoritmima struke u tijeku bolničkog liječenja. Kada kod teško bolesnog stanja postoji diferencijalno-dijagnostička dilema ili kada bolest nije ustanovljena najsvremenijom medicinskom metodom, za osiguratelja ne postoji osigurateljna obveza.
- (3) Teško bolesna stanja su:
 1. **Ishemična bolest srca** dokazana koronarografijom i kod koje je učinjena operacija premosnicama (I 25).
 2. **Srčani infarkt** s komplikacijama (I 21) i to:
 - a) rane komplikacije: aritmija srca, srčani šok, srčana dekompenzacija, tromboza i tromboembolija, plućna embolija, perikarditis;
 - b) kasne komplikacije: aneurizma srca, postinfarktni sindrom (Dressler).
 3. **Moždani udar** s trajnim funkcionalnim poremećajem koji ugrožava osnovne životne funkcije, a koje se manifestiraju pri govoru, gutanju, otežanom hodanju, samostalnom hranjenju, oblačenju (I 60-I 64).
 4. **Multipla skleroza** - kod koje je zabilježen poremećaj psihičke i fizičke ravnoteže te postoji potreba za trajnom tuđom pomoći (G 35- G 37).
 5. **Parkinsonova bolest** - kada je zbog psihičkog i fizičkog poremećaja potrebno osigurati trajnu tuđu pomoć (G20- G 26).
 6. **Alzheimerova bolest** - kada je zbog psihičkog poremećaja potrebno osigurati trajnu tuđu pomoć (G30- G32).
 7. **AIDS** u bilo kojoj fazi bolesti (B 20- B 24).

8. **Kronično zatajenje bubrežnih funkcija** koje zahtijeva trajnu hemodijalizu ili transplantaciju bubrega (N 17- N 19).

9. **Zatajenje jetre** - koje nije uzrokovano alkoholom, a kod kojeg je učinjena transplantacija jetre (K 71-K 77).

10. **Ankilozantni spondilitis** (Bechtereva bolest) - kod kojeg se provodi bolnička medicinska rehabilitacija jedanput godišnje (M 45).

11. **Reumatoidni artritis** - kod kojeg se provodi bolnička medicinska rehabilitacija jedanput godišnje (M 5- M 6).

12. **Zloćudna bolest** bilo kojeg organa kad dođe u fazu liječenja kemoterapijom isključivo citostaticima u ciklusima. Datumom nastupa osiguranog slučaja smatra se datum kada je osiguranik završio prvi ciklus liječenja citostaticima (C 00- C 97).

- (4) Bolesti iz stavka 3. točke 4., 5. i 6. ovoga članka osiguratelj razumijeva osiguranim slučajem kada je zdravstveno stanje osiguranika poremećeno do te mjere da postoji trajna ovisnost o tuđoj pomoći. Trajna ovisnost o tuđoj pomoći podrazumijeva stanje bolesti bez ikakve mogućnosti poboljšanja.
- (5) Policom osiguranja može se, pored teško bolesnih stanja iz stavka 3. ovog članka, kao program B, ugovoriti proširenje osigurateljne obveze za:
 1. **ugradnju stenta** u slučaju:
 - a) ishemične bolesti srca dokazane koronarografijom (I25) ili
 - b) srčanog infarkta s komplikacijama (I21);
 2. **operaciju srčanog zaliska** (I 05-I 08, I 34-I 39);
 3. **operaciju aneurizme i disekcije aorte** (I 71);
 4. **zloćudne bolesti** koje zahtijevaju:
 - a) operaciju s:
 - zračenjem ili
 - zračenjem i kemoterapijskim liječenjem ili
 - b) neovisno od metoda liječenja propisanih točkom 4.a), samo zračenje ili kemoterapijsko liječenje kao jedinu metodu liječenja, ali samo ako se bolest nalazi u stanju proširenih metastaza te je svaki terapijski zahvat za osiguranika palijativnog karaktera, a osiguravatelj je u obvezi isplatiti osiguraniku 50% ugovorenog osiguranog iznosa za teško bolesno stanje.
- (6) Smatra se da je osigurani slučaj utvrđen ovim člankom nastupio ukoliko je osiguranik preživio najmanje trideset (30) dana od dana nastupa teško bolesnog stanja iz stavka (3) i (5) ovog članka.
- (7) Isplatom osiguranog iznosa, osiguratelj nije u obvezi ako kod osiguranika u istoj osigurateljnoj godini nastupi i neko drugo teško bolesno stanje propisano ovim člankom.

Članak 14.

- (1) Osiguratelj je u obvezi za osigurani slučaj teško bolesnog stanja koje je nastupilo tijekom trajanja osiguranja, isplatiti osiguraniku:
 1. cijeli osigurani iznos ako kod osiguranika nastupi takvo stanje poslije proteka šest mjeseci od pristupa grupnom osiguranju, osim kod ugradnje stenta u smislu točke 3. ovog stavka;
 2. 50% ugovorenog osiguranog iznosa ako kod osiguranika nastupi teško bolesno stanje iz članka 12. stavka (3) i (5) ovih Posebnih uvjeta tijekom prvih šest mjeseci trajanja osiguranja, odnosno od njegova pristupa u grupno osiguranje;
 3. 50% ugovorenog osiguranog iznosa za teško bolesno stanje iz članka 12. stavka (5) točke 1. ovih Posebnih uvjeta liječeno ugradnjom stenta, bez obzira na broj ugrađenih stentova u tijeku jedne osigurateljne godine.
- (2) Osiguranik kojem je isplaćen ugovoreni iznos u smislu stavka (1) ovoga članka ne može u daljnjem tijeku osiguranja biti osiguran za slučaj teško bolesnog stanja za koje je isplaćen ugovoreni osigurani iznos ili dio osiguranog iznosa. Premija osiguranja za slijedeće osigurateljno razdoblje ne umanjuje se, bez obzira što osiguranik isplatom osiguranog iznosa nema pokrivača za sve bolesti iz članka 12. stavka (3) i (5) ovih Posebnih uvjeta.
- (3) Osiguravatelj nije u obvezi za slučajeve:
 - bolesti krvnih žila srca koje se rješavaju samo širenjem krvnih žila bez ugradnje stenta kod teško bolesnih stanja iz članka 12. stavka (3) točke 1. i 2. te stavka (5) točke 1. ovih Posebnih uvjeta;
 - zloćudne bolesti "in situ";
 - zloćudne bolesti koja je liječena samo operacijom i nakon koje se osiguranik dobro oporavlja;
 - zloćudne bolesti koja je liječena operacijom i/ili jednokratnom primjenom citostatika ili hormona.
- (3) Osiguravatelj je obavezan isplatiti osiguraniku osigurani iznos za slučaj teško bolesnog stanja samo ako osigurani slučaj nastupi u razdoblju trajanja osiguranja.

4.3. Iznenađna smrt zbog bolesti (ISB)

Članak 15.

- (1) Osigurani slučaj jest iznenađna smrt osiguranika koja je nastupila zbog:
 1. **akutnog srčanog infarkta** (MKB šifra bolesti I21) ili
 2. **plućne embolije kao posljedice nesretnog slučaja** (MKB šifra bolesti I26) ili
 3. **moždanog udara** (MKB šifra bolesti I60 – I64) ili
 4. **aneurizme i disekcije aorte** (MKB šifra bolesti I71.0) ili
 5. **akutnog vrieda** (čira, ulkusa) želuca (MKB šifra bolesti K25.1) ili
 6. **akutne upale slijepog crijeva** (MKB šifra bolesti K35.0) ili
 7. nepoznatog uzroka i to:
 - **porodničke smrti** (za vrijeme trudnoće, poroda ili babinja) nespecificirana uzroka (MKB šifra bolesti O95) kao i ostalih nedovoljno definiranih i nepoznatih uzroka mortaliteta (MKB šifra bolesti R96 i R99) te
 - **svih oblika anafilaktičkog šoka** koji nije posljedica nesretnog slučaja (MKB šifra bolesti T78).
- (2) Iznenađna smrt zbog bolesti je smrt osiguranika koja nastupi u roku od 24 sata od početka simptoma bolesti kod naoko zdravih ljudi ili onih čija bolest nije teška i nije za očekivati njihovu naglu smrt (definicija ISB prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji).
- (3) Iznimno od stavka (2) ovog članka, iznenađna smrt od bolesti iz stavka (1) točke 1., 3. i 4. ovog članka (srčani infarkt, moždani udar i aneurizma) smatra se smrt osiguranika koja nastupi unutar 30 dana od dana prvog dijagnosticiranja navedene bolesti.

Članak 16.

- (1) Osiguratelj nema nikakvu obvezu isplate osiguranog iznosa za slučaj iznenađne smrti od bolesti ako je smrt nastupila:
 1. zbog bolesti koja se prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti vodi pod šiframa koje nisu nabrojane u stavku (1) članka 14. ovih Posebnih uvjeta ili je uzrok iznenađne smrti epidemijska ili pandemjska bolest,
 2. kao posljedica kirurškog zahvata koji nije poduzet radi liječenja posljedica nesretnog slučaja ili kao posljedica benignog ili malignog tumora na bilo kojem dijelu tijela ili
 3. kada osiguranik izgubi status osigurane osobe HZZO.
- (2) Osiguratelj je u obvezi isplatiti korisniku osiguranja 50% Pristupnicom ugovorenog osiguranog iznosa za slučaj iznenađne smrti od bolesti:
 1. ako je osiguranikova iznenađna smrt od bolesti nastupila tijekom prva tri mjeseca trajanja osiguranja,
 2. za osiguranika kojem su u trenutku sklapanja osiguranja utvrđeni bilo koji simptomi bolesti koja je pokrivena ovim osiguranjem, ali je od te bolesti umro nakon 5 godina neprekidnog trajanja osiguranja.

ISKLUČENJA I OGRANIČENJA OBVEZE OSIGURATELJA

1. Ograničenja obveze osiguravatelja

Članak 17.

Osiguratelj je u obvezi isplatiti 50% od iznosa kojeg bi morao platiti po odredbama prethodnih članaka, ako nesretni slučaj:

1. nastane za vrijeme sportske rekreacije osiguranika ili njegova sudjelovanja u sportskoj igri bilo koje vrste ili u sportskim natjecanjima u svojstvu registriranog člana sportske amaterske udruge kao i pri treninzima ili pripremama za sportska natjecanja ili za vrijeme uporabe bilo koje vrste vozila ili sredstva namijenjenog sudjelovanju u sportskim događajima;
2. ako osiguranik u trenutku nastupa nesretnog slučaja nije koristio zaštitnu kacigu ili nije bio vezan sigurnosnim pojansom sukladno odredbama Zakona o sigurnosti prometa na cestama.

2. Opća isključenja obveze osiguravatelja

Članak 18.

- (1) Isključene su u cijelosti sve obveze osiguratelja, ako je nesretni slučaj nastao:
 1. za vrijeme sportske rekreacije u slijedećim sportovima:
 - alpinizmu;
 - base jumping;
 - borilačkim sportovima;
 - bungee jumping;
 - jahanju;
 - ronjenju;
 - speleologiji;
 - pri treningu i sudjelovanju u automobilskim, carting i motociklističkim utrkama;

2. pri profesionalnom bavljenju sportom;
3. pri upravljanju i vožnji zrakoplovom i letjelicama svih vrsta, osim u svojstvu putnika u javnom prijevozu, kao i pri bavljenju sportskim skokovima padobranom, zračnim jedrilicaštvom, letenjem zmajem, letenjem paraglidingom, vožnjom balonom;
4. uslijed potresa;
5. zbog objavljenog rata u našoj državi;
6. zbog ratnih događanja, neprijateljstava ili ratu sličnih radnji, građanskog rata, revolucije, pobune, ustanka ili građanskih nemira koji nastanu iz takvih događanja ili bilo kojeg neprijateljskog akta jedne od zaračene odnosno sukobljene strane ili protiv nje, sabotaže ili terorizma bilo koje vrste, nasilja ili drugih sličnih događaja u kojima je sudjelovao osiguranik;
7. zbog detonacija eksploziva, mina, torpeda, bombi u okolnostima iz točke 5. i 6. ovog stavka;
8. pri upravljanju odnosno sudjelovanju u upravljanju bilo kojom vrstom prometnih sredstava te uređajima koji imaju prijevoznu namjenu (npr. automobil, motocikl, brodica, zrakoplov itd.) bez posjedovanja propisane i važeće javne isprave o pravu na upravljanje (npr. vozačka dozvola itd.) kao i za vrijeme pravomoćno izrečene sigurnosne ili zaštitne mjere zabrane upravljanja tim prometnim sredstvom ili pri vožnji odnosno sudjelovanju u vožnji bez posjedovanja propisane i važeće javne isprave kojom je od mjerodavnog tijela utvrđena tehnička ispravnost toga prometnog sredstva (npr. prometna dozvola itd.), kao i pri uporabi prometnog sredstva na protupropisan način ili način koji nije predviđen od strane proizvođača toga sredstva, uključujući i počinjenje administrativnog prekršaja ili kaznenog djela ugrožavanja sigurnosti prometa.
9. Iznimno od točke 8. ovog stavka, smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu za upravljanje prometnim sredstvom (npr. vozačka dozvola) kada u svrhu pripremanja i polaganja ispita za dobivanje službene isprave za upravljanje prometnim sredstvom (npr. vozačka dozvola), poduzima vožnju uz izravni nadzor službeno ovlaštenog instruktora i ako za vrijeme takve vožnje nastupi nesretni slučaj;
10. pri automobilskim, motociklističkim brzinskim utrkama, motokrosu, reliju i pri treningu za njih izvan uređenih i licenciranih staza;
11. zbog pokušaja ili počinjenja samoubojstva osiguranika;
12. zbog namjernog uzrokovanja nesretnog slučaja od strane ugovaratelja osiguranja, osiguranika ili korisnika;
13. pri pripremanju, pokušaju ili počinjenju kaznenog djela kao i pri bijegu poslije takve radnje;
14. uslijed aktivnog sudjelovanja fizičkom obračunavanju (tučnjave), osim u dokazanom slučaju samoobrane i što se dokazuje pravomoćnim aktom mjerodavnog tijela državne vlasti;
15. zbog nemira i nereda, navijačkih izgređa i sl. ako je osiguranik bio na strani izazivača nereda;
16. pri obavljanju sljedećih zanimanja: kaskaderi, gonič-hajkači, pirotehničari minsko-eksplozivnih sredstava, sva zanimanja povezana s rukovanjem eksplozivom i eksplozivnim napravama i materijalima, vatrogasci, spasitelji, pripadnici civilne zaštite, sudionici ekspedicija, ronitelji, podvodni snimatelji, piloti i letačko osoblje, zaštitari, osoblje podmornica, ako nije plaćena posebna premija;
17. zbog tjelesnih povreda tijekom liječenja ili operacijskih zahvata koje osiguranik sam inicira (uključivo i estetski zahvati, koji nisu ugovoreni sukladno članku 11.);
18. za ozljede koje nisu medicinski dokumentirane unutar 1 (jedne) godine od nastanka nezgode;
19. zbog prekomjerne upotrebe lijekova, izvan propisanih doza od strane liječnika ili ljekarnika;
20. zbog radioaktivne kontaminacije ako je intenzitet zračenja, izmjeren izvan kruga mikrolokacije izvor zračenja, bio iznad zakonom dopuštene granice;
21. zbog djelovanja alkohola, opojnih droga i drugih narkotičnih sredstava ili lijekova na osiguranika, bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe na nastanak nesretnog slučaja. Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola ako se poslije njegova nastanka metodom mjerenja količine alkohola u krvi ili organizmu utvrdi više od 0,8 g/kg kod vozača, a kod ostalih sudionika nesretnog slučaja više od 1,0 g/kg u krvi ili ako osiguranik onemogućio ili izbjegnulo odbije ustanovljavanje stupnja njegove alkoholiziranosti. Smatra se da je nesretni slučaj nastao uslijed djelovanja lijekova, narkotičkih sredstava odnosno opojnih droga na osiguranika ako osiguranik onemogućio ili izbjegnulo odbije ustanovljavanje prisutnosti lijekova, narkotičkih sredstava odnosno opojnih droga ili se stručnim pregledom utvrdi da iskazuje znakove poremećenosti zbog uživanja tih lijekova, sredstava odnosno droga.

- (2) Osigurateljno pokriva za pojednu osobu koja pristupi Ugovoru o grupnom osiguranju ništeto je, ako je u trenutku njegovog

pristupa Ugovoru o grupnom osiguranju već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastupanju ili je bilo izvjesno da će nastupiti.

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA

Članak 19.

- (1) Osigurani koji je zbog nesretnog slučaja ozlijeđen dužan je:
 1. odmah se prijaviti liječniku odnosno pozvati liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i odmah poduzeti sve potrebne mjere radi liječenja kao i držati se liječničkih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja;
 2. da o nesretnom slučaju pismom izvijesti osiguratelja u roku kada mu to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće;
 3. da s prijavom o nesretnom slučaju pruži osiguratelju sva potrebna izvješća i podatke naročito o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime liječnika koji ga je pregledao i uputio na liječenje ili koji ga liječi, nalaz liječnika o vrsti i težini ozljede, o nastalim eventualnim posljedicama.
 4. po potrebi, posebnom punomoći, sukladno odredbama propisa o zaštiti prava pacijenata odnosno o liječništvu kao i zaštiti osobnih podataka, ovlastiti osiguravatelja za uvid u svu liječničku dokumentaciju koja je pohranjena u odgovarajućim medicinskim ustanovama u kojima se osigurani do tada liječio odnosno dokumentaciju nastalu radom mjerodavnih državnih tijela za zdravstveno i mirovinsko osiguranje te osiguravatelju pružiti sva naknadna objašnjenja i predočiti na uvid odgovarajuće dokaze kako bi se u potpunosti utvrdile okolnosti u svezi s nastupom osiguranog slučaja.
 5. odazvati se na pregled liječniku ili zdravstvenom povjerenstvu koje odredi osiguravatelj.
- (2) Ako je nesretni slučaj imao za posljedicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja je dužan o tome pismom izvijestiti osiguratelja i pribaviti potrebnu medicinsku i ostalu dokumentaciju.
- (3) Osigurani je dužan osiguravatelju staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi točnost svih prijavljenih podataka. Osiguravatelj ima pravo provjere pravovaljanosti dostavljene liječničke dokumentacije. Potrebni dokumenti dostavljaju se u obliku i na način koji zatraži osiguravatelj.
- (4) Predloškom prijave štete utvrđuju se podaci, akti i dokumenti koje je osigurani dužan dostaviti osiguravatelju zbog rješavanja prijave štete.
- (5) Troškovi za liječnički pregled i izvješća (početno i zaključno liječničko izvješće, ponovni liječnički pregled i nalaz specijaliste) i ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje okolnosti nastanka nesretnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju padaju na teret podnositelja zahtjeva.
- (6) 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, kao i da na svoj trošak poduzima radnje u svrhu liječničkog pregleda osiguranika putem svojih liječnika ili liječničkih komisija da bi se utvrdile važne okolnosti u svezi s prijavljenim nesretnim slučajem.
- (7) Ako ugovaratelj, osigurani ili korisnik ne prijavi nesretni slučaj prema odredbama ovih Posebnih uvjeta, već odmah pokrene sudski spor protiv osiguravatelja, osiguravatelj će po zaprimanju sudske tužbe postupiti kao da je podnesena nepotpuna prijava nesretnog slučaja i o tome obavijestiti tužitelja i sud, a pred sudom će osporavati dopuštenost tužbe i troškove sudskog postupka i dokazivati opravdanost rješavanja štete mirnim putem.
- (8) Ugovaratelj je obavezan osiguratelju, kada to ovaj zatraži po zaprimljenoj prijavi nesretnog slučaja, pružiti sva potrebna izvješća i potvrde kako bi osiguratelj utvrdio osigurateljnu obvezu. Ovim stavkom se prvenstveno traži potvrda da je osigurani bio na datum nezgode vlasnik oročenog štednog uloga/opunomoćenik po oročenom štednom ulogu kod Addiko Banke d.d.

UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA

Članak 20.

Ako je zbog nesretnog slučaja osigurani umro, korisnik osiguranja je dužan podnijeti dokaz o pristupanju osiguranika Ugovoru o grupnom osiguranju te dokaz da je smrt osiguranika nastupila kao posljedica nesretnog slučaja. Korisnik koji nije ugovorom o osiguranju izričito ili imenom predviđen, dužan je podnijeti i dokaz o svojem pravu na primanje osiguranog iznosa.

ISPLATA OSIGURANOG IZNOSA

Članak 21.

- (1) Osiguratelj isplaćuje osigurani iznos odnosno njegov odgovarajući dio ili ugovorenu dnevnu naknadu, osiguraniku odnosno korisniku, u roku od 14 odnosno 30 dana nakon potpunog utvrđenja osigurateljne obveze, u skladu s odredbama Zakona o obveznim odnosima.
- (2) Osiguratelj je dužan isplatiti ugovoreni iznos odnosno naknadu samo ako je nesretni slučaj nastupio za vrijeme trajanja osiguranja i ako su posljedice nesretnog slučaja predviđene u članku 8. ovih Uvjeta nastupile tijekom godine dana od dana nastanka nesretnog slučaja.
- (3) Isplaćuje se onaj osigurani iznos ili ugovorena dnevna naknada koji su bili ugovoreni na dan nastanka nesretnog slučaja.
- (4) Osiguratelj je dužan štitiiti osobne podatke osiguranika sukladno pozitivnim propisima o zaštiti osobnih podataka.

PRAVO NA NAKNADU

Članak 22.

- (1) U osiguranju po ovim Posebnim uvjetima osiguratelj koji je isplatio osigurani iznos ne može imati niti po kojim temeljima pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastupanje osiguranog slučaja.
- (2) Pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastupanje osiguranog slučaja pripada osiguraniku, odnosno korisniku, neovisno od njegovog prava na osigurani iznos po ovim Uvjetima.

KORISNICI OSIGURANJA

Članak 23.

- (1) Korisnik za slučaj smrti osiguranika utvrđuje se temeljem izjave osiguranika o pristupanju Ugovoru o grupnom osiguranju - Pristupnice.
- (2) Ako je osigurani Pristupnicom, kao korisnike osiguranja za slučaj smrti, odredio više od jedne osobe, u tom slučaju osigurani iznos za slučaj smrti dijeli se korisnicima osiguranja na jednake dijelove.
- (3) U slučaju da osigurani nije odredio i imenovao korisnike osiguraja za slučaj smrti, korisnici za slučaj osiguranikove smrti smatraju se po redovima: 1. njegova djeca i njegov supružnik, s tim da se osigurani iznos za slučaj smrti dijeli na jednake dijelove; 2. njegova djeca ako nema supružnika, s tim da se osigurani iznos dijeli na jednake dijelove; 3. njegov supružnik i njegovi roditelji, ako nema djece, tako da supružniku pripada jedna polovica osiguranog iznosa za slučaj smrti, a druga polovica u jednakim dijelovima pripada roditeljima, ako su oba živa, odnosno onom roditelju koji je na životu; 4. njegov supružnik, ako su oba roditelja osiguranika umrla prije njegove smrti, kojemu tada pripada cijeli osigurani iznos za slučaj smrti; 5. njegovi roditelji ili roditelj koji je na životu, ako nema supružnika; ako su oba roditelja živa pripada im osigurani iznos za slučaj smrti u jednakim dijelovima, a ako je samo jedan na životu njemu pripada taj iznos u cijelosti; 6. njegov zakonski nasljednik ili nasljednici utvrđeni pravomoćnom sudskom odlukom, ako nema osoba navedenih u prethodnim točkama i ako su živjeli u zajedničkom kućanstvu s ostaviteljem u trenutku njegove smrti.
- (4) Korisnici bližeg reda isključuju pravo na osigurani iznos za slučaj smrti korisnika daljnjeg reda.
- (5) Supružnik je ona osoba koja je bila u braku s osiguranikom u trenutku njegove smrti, kada se radi o određivanju korisnika u smislu ovog članka. Pod roditeljima i djecom razumijevaju se i posvojitelji i posvojenik.
- (6) Korisnik osiguranja za dnevnu naknadu, estetsku operaciju i za teško bolesno stanje (TBS) je isključivo sam osigurani.
- (7) Ako je korisnik osiguranja malodobna osoba, osiguravatelj će osigurani iznos odnosno naknadu isplatiti sukladno pozitivnim propisima Republike Hrvatske.

POSTUPAK VJEŠTAČENJA

Članak 24.

- (1) Ugovaratelj, osigurani ili korisnik te osiguravatelj povjerit će utvrđivanje prijepornih činjenica vještacima određene specijalizacije u slučajevima kada nisu postignute suglasnosti u pogledu vrste, uzroka ili posljedica nesretnog slučaja kao i glede visine obveze osiguravatelja.
- (2) Osiguravatelj imenuje jednog vještaka, a suprotna strana drugog. Ukoliko se nalazi odnosno mišljenja imenovanih vještaka razlikuju, imenovani vještaci odredit će trećeg, koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su između imenovanih vještaka prijeporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja.

- (3) Svaka ugovorna strana snosi troškove vještaka kojeg je imenovala, a trećem vještaku svaka strana isplaćuje po polovicu troškova.

RJEŠAVANJE SPOROVA

Članak 25.

Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz Ugovora o grupnom osiguranju zaključenom prema ovim Uvjetima, prvenstveno će sve svoje eventualne sporove sa osiguravateljem, koji proizlaze ili su u vezi sa predmetnim ugovorom o osiguranju, nastojati riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka osiguravatelja o izvansudskom rješavanju sporova. Ukoliko osiguranik nije zadovoljan odlukom osiguravatelja može podnijeti prigovor Povjerenstvu osiguravatelja za rješavanje prigovora koje je dužno podноситelju prigovora u roku od petnaest radnih dana dostaviti pisanu odluku o prigovoru. Ukoliko spor nije riješen u izvansudskom postupku kod osiguravatelja, svaka od stranaka u sporu može predložiti drugoj strani pokretanje postupka mirjenja pri Centru za mirjenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje ili drugoj organizaciji za mirjenje. Prijedlog za mirjenje dostavlja se Centru za mirjenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje ili drugoj organizaciji za mirjenje u pisanom obliku.

ZASTARA

Članak 26.

Potraživanja iz ugovora o osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) zastarijevaju prema odredbama Zakona o obveznim odnosima.

ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 27.

Na odnose između ugovaratelja, osiguranika i osiguratelja koji nisu određeni ovim Posebnim uvjetima primijenit će se odredbe Ugovora o grupnom osiguranju te odredbe Zakona o obveznim odnosima.

VALUTNA KLAUZULA

- (1) Odredbe ove valutne klauzule primjenjuju se u slučaju kada je osigurani iznos i premija osiguranja ugovoreni u EUR-ima.
- (2) Premija se plaća u hrvatskoj valuti prema srednjem tečaju HNB-a na zadnji dan obračunskog razdoblja za koje se plaća premija.
- (3) Ako obrok premija nije plaćen u roku navedenom na računu, premija se plaća prema srednjem tečaju HNB-a na dan plaćanja računa.
- (4) Ako obrok premije ne bude plaćan na vrijeme, osiguratelj može raskinuti Ugovor o grupnom osiguranju bez otkaznog roka, s istekom 30-og dana od dana dostave preporučene pisma Ugovaratelju osiguranja kojim ga obavještuje o neplaćenju, a dospjeloj premiji.
- (5) Osiguratelj je obavezan isplatiti naknadu u hrvatskoj valuti prema srednjem tečaju Hrvatske narodne banke, na dan obračuna naknade bilo da je naknada obračunata djelomično ili u cijelosti.
- (6) Ako nisu prikupljeni svi podaci za utvrđivanje visine štete, osiguranik ili korisnik osiguranja obavezan je prihvatiti ponudenu djelomičnu isplatu štete.
- (7) Osiguratelj će obračunati dio štete isplatiti u roku od 8 dana od dana kada je šteta likvidirana ako su do tada dospjeli obroci premije plaćeni. U suprotnom, rok za isplatu počinje od dana kada je osiguratelj primio ostatak premije.

Klauzula o obaviještenosti ugovaratelja osiguranja

Sukladno odredbi članka 89. Zakona o osiguranju, Croatia osiguranje d.d., kao osiguravatelj, a prije ugovaranja osiguranja, obavještava ugovaratelja osiguranja o sljedećim podacima:

- (1) Tvrtka osiguratelja glasi: Croatia osiguranje dioničko društvo za osiguranje, sa sjedištem u Miramarskoj cesti 22, 10000 Zagreb.
- (2) Ova Klauzula o obaviještenosti ugovaratelja osiguranja (u daljnjem tekstu: Klauzula) sastavni je dio Uvjeta osiguranja odnosno Ponude/Police osiguranja. Uvjeti pod kojima se zaključuje osiguranje navedeni su u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja.
- (3) Vrijeme trajanja ugovora o osiguranju navedeno je u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja.
- (4) Pravila i uvjeti za odstupanje od ugovora utvrđeni su uvjetima i navedeni su u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja.
- (5) Visina premije osiguranja i način plaćanja navedeni su u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja.
- (6) Pisana ponuda učinjena osiguratelju za sklapanje ugovora o osiguranju veže ponuditelja, ako on nije odredio kraci rok, za vrijeme od osam dana otkad je ponuda prispjela osiguratelju.
- (7) Ponuditelj ima pravo opoziva ponude u roku iz prethodne točke. Ako osiguratelj u roku iz prethodne točke ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uvjeta za predloženo osiguranje, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen.

(8) Rješavanje sporova:

1. Strane su obvezne sve sporove proizašle iz ugovornog odnosa osiguranja rješavati mirnim putem;
2. Ugovaratelj osiguranja, osiguranik te korisnik osiguranja obvezni su o svim prijepornim pitanjima, pritužbama, prigovorima i nesporazumima proizašlim iz odnosa osiguranja bez odgađanja izvijestiti osiguratelja;
3. Obavijesti iz prethodne podtočke 2., podnosiocima dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti, potpis podnosiocima obavijesti i vrijeme slanja obavijesti;
4. Osiguratelj će zaprimljeni prigovor iz podtočke 2. ove točke uputiti Povjerenstvu za prigovore, koje se kao drugostupanjska tijelo osiguratelja sastoji se od tri (3) člana. Odgovor Povjerenstva dostavlja se podnosiocima prigovora u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od osam dana od dana zaprimanja prigovora;
5. Svi sporovi koji proizlaze iz odnosa osiguranja ili u vezi s njim, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede ili prestanka, kao i na pravne učinke koji iz toga proistječu, uputit će se na mirjenje pred jednom od organizacija za mirjenje u Republici Hrvatskoj. Ako sporovi ne budu riješeni mirjenjem u roku od 60 (šezdeset) dana od dana podnošenja prijedloga za pokretanje postupka mirjenja ili u drugom roku o kojem se stranke dogovore, stranke su ovlaštene pokrenuti sudski postupak;
6. Ukoliko ugovorne strane ne uspiju postići mirno rješenje spora sukladno gornjem opisu obaveznog postupanja, ako drugacije nije ugovoreno, mjesna nadležnost suda određuje se prema mjestu u kojem je sklopljena polica;
- (9) Nadzorno tijelo nadležno za nadzor društava za osiguranje je Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga, Miramarska 24b, 10 000 Zagreb.