

Opći uvjeti za osiguranje života uz dopunsko osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) i nastupa teške bolesti GO Protect (19-0424) i Informacije Ugovaratelju osiguranja

I. UVODNE ODREDBE

Članak 1.

- Opći uvjeti za osiguranje života uz dopunsko osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) i nastupa teške bolesti (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti) su sastavni dio ugovora o osiguranju života za slučaj smrti kojeg je Ugovaratelj osiguranja sklopio s Groupama osiguranjem d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).
- Općim uvjetima reguliraju se odnosi između Osiguranika, Ugovaratelja osiguranja, korisnika osiguranja i Osiguratelja radi isplate osiguranog iznosa uslijed nastupa osiguranih rizika.

II. OPĆE ODREDBE

DEFINICIJE

Članak 2.

U smislu ovih Općih uvjeta dolje navedeni pojmovi definiraju se na sljedeći način:

- OSIGURATELJ - Groupama osiguranje d. d., Ulica grada Vukovara 284, Zagreb.
- OSIGURANIK - fizička osoba, državljanin Republike Hrvatske ili rezident, čiji se život osigurava na temelju sklopljene police osiguranja, a koji je potpisom police dao pisanu suglasnost da bude osigurana osoba po predmetnoj polici, s naznakom osiguranog iznosa
- REZIDENT - fizička osoba s prebivalištem u Republici Hrvatskoj ili koja u Republici Hrvatskoj boravi na osnovi važeće dozvole boravka u neprekinutom trajanju najmanje 183 dana (diplomatski i konzularni predstavnici stranih zemalja i članovi njihovih obitelji ne smatraju se rezidentima u smislu ovih Općih uvjeta).
- KORISNIK OSIGURANJA - osoba u čiju se korist sklapa ugovor o osiguranju, odnosno osoba kojoj pripadaju prava iz ugovora o osiguranju. Ugovaratelj osiguranja određuje korisnika za slučaj potpune trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja, loma kostiju kao posljedice nesretnog slučaja, boravka u bolnici zbog liječenja od posljedice nesretnog slučaja te korisnika za slučaj smrti i nastupa teške bolesti. Korisnik može biti jedna ili više osoba. Ako je korisnik maloljetna osoba ili osoba lišena poslovne sposobnosti, osigurani iznos će se isplatiti na račun maloljetnika odnosno osobe lišene poslovne sposobnosti. Osigurani iznos koji treba biti isplaćen korisniku ne ulazi u ostavinu, pa ni kad su korisnicima određeni zakonski nasljednici ugovaratelja osiguranja. Ako su za korisnike određeni zakonski nasljednici ugovaratelja osiguranja, svakom tako određenom korisniku pripada pravo na odgovarajući dio osiguranog iznosa i ako se odrekne nasljedstva
- UGOVOR O OSIGURANJU - ugovor o osiguranju života za slučaj smrti kojeg Ugovaratelj osiguranja sklopi s Osigurateljem. Sastavni dio ugovora o osiguranju čine ugovoreni uvjeti osiguranja (opći, dopunski i posebni), sve pripadajuće klauzule i pripadajući dodaci (u daljnjem tekstu: Ugovor o osiguranju). Ugovor je sklopljen kada obje ugovorne strane potpišu policu.
- POLICA OSIGURANJA - isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju koju izdaje Osiguratelj. Ugovor o osiguranju je sklopljen kad ugovorne strane potpišu policu osiguranja.
- OSIGURANI SLUČAJ - događaj prouzročen osiguranim rizikom. Rizik koji je obuhvaćen osiguranjem (osigurani rizik) mora biti buduć, neizvjestan i neovisan o isključivoj volji ugovaratelja osiguranja ili Osiguranika. Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u trenutku njegova sklapanja već nastao osigurani slučaj, ili je bio u nastupanju, ili je bilo izvjesno da će nastupiti, ili je već tada bila prestala mogućnost da on nastane.
- OSIGURANI IZNOS - novčani iznos koji je Osiguratelj dužan isplatiti kad nastupi osigurani slučaj, a predstavlja ujedno gornju granicu obveze Osiguratelja.
- PREMIJA OSIGURANJA - iznos koji je Ugovaratelj osiguranja dužan platiti Osiguratelju pri sklapanju i u tijeku trajanja ugovora o osiguranju.
- NESRETNI SLUČAJ (NEZGODA) - svaki iznenadni i o volji Osiguranika neovisan događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo Osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpunu trajnu invalidnost ili pogoršanje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć. Nesretnim slučajem u smislu ovih Općih uvjeta ne smatraju se bolesti te njihove posljedice (npr. srčani udar ili embolija).
- RAZDOBLJE POČEKA (KARENCA) - razdoblje na početku ugovorenog trajanja osiguranja za vrijeme kojeg Osiguratelj nije u obvezi ako nastupi osigurani slučaj.
- Izrazi koji se koriste u Ugovoru o osiguranju koji imaju rodno značenje, bez obzira jesu li korišteni u muškom ili ženskom rodu, odnose se jednako na muški i ženski rod.

OPSEG POKRIĆA I PREDVIĐENI OSIGURANI IZNOSI

Članak 3.

- GO Protect Policom osiguranja može se ugovoriti osiguranje za slučaj:
 - smrti
 - smrti kao posljedice nesretnog slučaja
 - smrti kao posljedice prometne nezgode
 - potpune trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja
 - boravka u bolnici zbog liječenja od posljedice nesretnog slučaja
 - loma kostiju kao posljedice nesretnog slučaja
 - nastupa teške bolesti (Članak 19.)
 - nošenje gipsa dulje od 25 dana kao posljedica nesretnog slučaja
 - troškova kozmetičke operacije kao posljedica nesretnog slučaja.
- Namjena ovog Ugovora o osiguranju je da Osiguratelj isplaćuje iznose navedene u Polici osiguranja za svaki osigurani rizik nakon nastanka osiguranog slučaja. Osigurani iznos isplaćuje se korisniku osiguranja ako se osigurani slučaj dogodio za vrijeme trajanja osiguranja.
- Po ovom Ugovoru o osiguranju mogu se osigurati zdrave osobe do najviše 65 godina života (uključujući i dan nastupa 65. godine života) s time da Ugovor o osiguranju svakako prestaje u 24:00 sata onoga dana kad Osigurani navršši 75 godina života.
- Po ovom Ugovoru o osiguranju po pokriću za teške bolesti mogu se osigurati samo zdrave osobe od navršene 18 do najviše 64 godine života (uključujući i dan nastupa 64. godine života). Kad Osigurani tijekom trajanja osiguranja navršši 65 godina starosti, osiguranje prestaje istekom tekuće godine osiguranja.
- 4.1 Karenca za osigurateljno pokriće za nastup teške bolesti je 90 dana. Razdoblje karence počinje od datuma početka osiguranja navedenog na polici osiguranja, odnosno od datuma uplate premije ili prvog obroka premije ako je taj datum kasniji.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 4.

- Ugovor se sklapa na godinu dana te se produžuje iz godine u godinu na novo osigurateljno razdoblje od godinu dana pod uvjetom da je dospjela premija osiguranja podmirena u cijelosti.

PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 5.

- Ugovaratelj osiguranja može obavijestiti Osiguratelja o odustajanju od Ugovora o osiguranju u roku od 30 dana (rok za odustajanje) od dana primitka obavijesti Osiguratelja o sklapanju Ugovora o osiguranju i u tom slučaju ne snosi obveze koje proizlaze iz tog Ugovora o osiguranju.
- Ugovaratelj osiguranja može otkazati Ugovor o osiguranju u bilo kojem trenutku (bilo u inicijalnom osigurateljnom razdoblju, kao i u novom osigurateljnom razdoblju) za vrijeme trajanja Ugovora o osiguranju. Otkaz se obavlja pisanim putem.
- Osiguratelj može otkazati Ugovor o osiguranju najkasnije 30 dana prije isteka tekuće osigurateljne godine, ako ne želi da se Ugovor o osiguranju produži na sljedeću osigurateljnu godinu.

UVJETI ZA PRIHVAĆANJE U OSIGURANJE

Članak 6.

- Svaka osoba bit će prihvaćena u osiguranje (u slučaju da je Osiguranik različit od ugovaratelja osiguranja, Osiguranik mora dati svoju pisanu suglasnost za sklapanje Ugovora o osiguranju) i Osiguratelj će joj izdati Policu osiguranja u skladu s osobno ugovorenim uvjetima pod uvjetom da:
 - je navršila 18 godina i jedan dan odnosno najviše 65 godina života, uključujući i dan nastupa 65. godine života odnosno 64 godine života za pokriće teških bolesti, u trenutku prijehva u osiguranje, te da je zdrava i potpuno poslovno sposobna osoba
 - je ako je primjenjivo i ovisno o ukupnom osiguranom iznosu u slučaju smrti potpisala obrazac Osiguratelja o zdravstvenoj sposobnosti Osiguranika, koji treba u cijelosti biti istinit, točan i potpun
 - se podvrgne liječničkom pregledu ovisno o početnom osiguranom iznosu
 - ima status rezidenta ili državljanina Republike Hrvatske.
- Ako je isti Osiguranik osiguran na temelju više različitih polica osiguranja kod Osiguratelja, osigurani iznos u slučaju smrti ne može prijeći 250.000,00 EUR uzimajući u obzir sve police osiguranja sklopljene kod Osiguratelja.

Osigurani iznos	Procjena rizika
Od 0,00 EUR do 40.000,00 EUR	Bez obrasca Osiguratelja o zdravstvenoj sposobnosti Osiguranika
Od 40.000,01 EUR do 250.000,00 EUR	Uz Pitanja o zdravstvenom stanju Osiguranika – odobrenje Osiguratelja, ako Osiguranik ima i drugu ili druge police osiguranja za slučaj smrti

- Ako je ukupni osigurani iznos do 40.000,00 EUR, Osiguratelj pridržava pravo:
 - u postupku procjene rizika, prema vlastitoj procjeni, od potencijalnog Osiguranika zatražiti sve podatke o zdravstvenom stanju Osiguranika prije prihvata u osiguranje i to dostavom zdravstvenog kartona i/ili druge dokumentacije i/ili putem obrazaca Osiguratelja o zdravstvenoj sposobnosti Osiguranika, te povećati premiju ili odbiti prihvata u osiguranje.
- Ako je ukupni osigurani iznos iznad 40.000,00 EUR, Osiguratelj pridržava pravo:
 - zatražiti Osiguranika da popuni i potpiše Pitanja o zdravstvenom stanju Osiguranika
 - zatražiti dodatnu dokumentaciju, preglede ili nalaze, a ako se radi o medicinskoj dokumentaciji, ona će biti upućena Osiguratelju
 - povećati premiju ili ograničiti ili odbiti zatraženo pokriće, ali ta ograničenja moraju biti navedena na Polici (nakon prihvatanja u osiguranje Osiguranika).
- Maksimalan rok u kojem Osiguratelj treba odlučiti o pristupu u osiguranje je 30 dana u slučaju kad je potreban liječnički pregled.
- Osiguranik je dužan ugovaratelju osiguranja, odnosno Osiguratelju, pružiti istinite, točne i potpune informacije važne za procjenu rizika i odluku o prihvatu u osiguranje koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- Prema ovim Općim uvjetima Osiguranik može biti osiguran samo po jednoj polici GO Protect Dodatna polica osiguranja u smislu ovih Općih uvjeta smatra se svaka polica osiguranja sklopljena nakon prve izdane police osiguranja.
- Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u trenutku njegova sklapanja rizik, koji bi inače bio pokriven osiguranjem, već nastupio ili je bio u nastupanju ili je bilo izvjesno da će nastupiti. Osiguratelj će o razlozima ništavnosti obavijesti drugu ugovornu stranu na čijoj su strani razlozi ništavnosti pisanim putem u roku od 60 dana od saznanja da je nastupila ništavnost. U dopisu će Osiguratelj ujedno i obavijestiti ugovornu stranu o iznosu koji je primljen na ime takvog ugovora te zatražiti podatke o računu na koji će izvršiti povrat premije po takvom ugovoru.
- Osiguranik je dužan ugovaratelju osiguranja, odnosno Osiguratelju, pružiti istinite, točne i potpune informacije važne za procjenu rizika i odluku o prihvatu u osiguranje koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate, kao i prilikom podnošenja zahtjeva za isplatu osiguranog iznosa, što posebno uključuje podatke o zdravstvenom stanju Osiguranika.
- Ako je Osiguranik namjerno dao netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost odnosno činjenicu takve vrste da Osiguratelj ne bi donio odluku o prihvatu u osiguranje da je znao pravo stanje, Osiguratelj može zahtijevati poništenje ugovornog odnosa s Osiguranikom. O zahtjevu odlučuje nadležni sud.
- U slučaju poništenja zbog razloga navedenih u prethodnom stavku Osiguratelj ima pravo zadržati premije za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništenje, ali je u obvezi plaćanja osiguranog iznosa ako do toga dana nastupi osigurani slučaj.
- Pravo Osiguratelja da traži poništenje prestaje ako u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi Osiguraniku da se namjerava koristiti tim pravom, uz istodobnu obavijest ugovaratelju osiguranja.
- Ako je Osiguranik nenamjerno netočno prijavio ili je propustio dati dužne obavijesti, Osiguratelj može u roku od mjesec dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave izjaviti da raskida ugovorni odnos.
- U slučaju iz prethodnog stavka ugovorni odnos prestaje nakon isteka 14 dana od dana kada je Osiguratelj svoju izjavu o raskidu priopćio Osiguraniku uz istodobnu obavijest ugovaratelju osiguranja.
- Ako se osigurani slučaj dogodio prije nego što je utvrđena netočnost ili nepotpunost prijave ili nakon toga, ali prije raskida ugovornog odnosa, osigurani iznos smanjuje se u razmjeru između stope plaćenih premija i stope premija koje bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.
- Ako je Osiguranik izazvao osigurani slučaj prijevarom, Osiguratelj nije obvezan ni na kakva davanja, a ako je prijevara otkrivena nakon isplate osiguranog iznosa, Osiguranik je dužan sve iznose isplaćene na ime osiguranog iznosa po ovom osiguranju odmah po pozivu vratiti Osiguratelju zajedno sa zakonskom zateznom kamatom obračunatom od dana isplate osiguranog iznosa.
- Osiguranik je dužan nadoknaditi Osiguratelju i eventualne sudske, te odvjetničke troškove koje je Osiguratelj snosio u sudskom postupku protiv njega zbog propusta Osiguranika da doznači Osiguratelju uplate, a u smislu prethodnog stavka ovog članka, kao i sve troškove Osiguratelja utvrđene pravomoćnom sudskom odlukom.
- Iznimno od odredaba o posljedicama netočnih prijava i prešućivanja okolnosti važnih za ocjenu rizika, za netočnu prijavu godina života u ugovoru o osiguranju života vrijedi sljedeće pravilo:

- ugovor o osiguranju života je ništavan i Osiguratelj je dužan vratiti sve primljene premije ako su pri njegovu sklapanju netočno prijavljene godine života Osiguranika, a njegove stvarne godine života prelaze granicu predviđenu u uvjetima i tarifama Osiguratelja.

POLICA OSIGURANJA

Članak 7.

- Polica osiguranja je isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju koju Osiguratelj izdaje ugovaratelju osiguranja u jednom primjerku.
- Polica osiguranja sadrži naziv Osiguratelja, ime i prezime ugovaratelja osiguranja, ime i prezime Osiguranika, datum rođenja ugovaratelja osiguranja odnosno Osiguranika, osigurani slučaj, rizik obuhvaćen osiguranjem, početak osiguranja, osigurane iznose, premiju osiguranja, korisnika osiguranja za slučaj smrti i smrti uslijed nesretnog slučaja, smrti uslijed prometne nezgode, potpune trajne invalidnosti, bolničkog liječenja, loma kostiju, teških bolesti te kozmetičke operacije uslijed nezgode, datum izdavanja Police osiguranja i potpise ugovornih strana.
- Sastavni dijelovi Ugovora o osiguranju su: Polica osiguranja, obrazac o zdravstvenom stanju Osiguranika kako je navedeno u članku 6. točki 2. ovih Općih uvjeta i ako je primjenjivo, Opći uvjeti te Dokument s informacijama o proizvodu osiguranja, koji su uručeni ugovaratelju osiguranja prije sklapanja Ugovora o osiguranju.

POČETAK POKRIĆA

Članak 8.

- Osiguranje počinje bilo koji dan u mjesecu u 00:00 sati onoga dana koji je naznačen na polici osiguranja kao početak osiguranja odnosno potpisana polica i ostali obrasci Osiguratelja uz uvjet da Osiguranik sve uvjete za prihvata osiguranja te da je to tog dana plaćena premija osiguranja. U protivnom, osiguranje počinje u 00:00 sati onoga dana koji slijedi nakon dana kada je plaćena premija osiguranja.

KORISNIK OSIGURANJA

Članak 9.

- Ugovaratelj osiguranja može ugovorom, kao i nekim kasnijim pravnim poslom, pa i oporukom, po imenu odrediti osobu kojoj će pripasti prava iz Ugovora o osiguranju u slučaju smrti, smrti uslijed nesretnog slučaja, smrti uslijed prometne nezgode, potpune trajne invalidnosti, bolničkog liječenja, loma kostiju, nastupa teške bolesti te kozmetičke operacije uslijed nesretnog slučaja. Ako se osiguranje odnosi na život neke druge osobe, za određivanje korisnika osiguranja potrebna je i njezina pisana suglasnost.
- Korisnik osiguranja ne mora biti određen po imenu, već je dostatno da akt sadrži podatke nužne za njegovo određivanje.
- Kada su za korisnika osiguranja određena djeca ili potomci, korist pripada i onima koji su rođeni nakon sklapanja osiguranja, a korist namijenjena bračnom drugu pripada osobi koja je s Osiguranikom bila u braku u trenutku njegove smrti.
- Kada su za korisnika osiguranja određena djeca, potomci i uopće nasljednici, ako Ugovaratelj osiguranja nije odredio kako će se izvršiti podjela između njih, podjela će se izvršiti razmjerno njihovim nasljedničkim dijelovima, a ako korisnici osiguranja nisu nasljednici, iznos obveze Osiguratelja bit će podijeljen na jednake dijelove.
- Ako je korisnik osiguranja maloljetna osoba ili osoba lišena poslovne sposobnosti, osigurani iznos će se isplatiti na račun maloljetnika odnosno osobe lišene poslovne sposobnosti.
- Osigurani iznos koji treba biti isplaćen korisniku osiguranja ne ulazi u ostavinu ugovaratelja osiguranja pa ni kad su za korisnike osiguranja određeni njegovi zakonski nasljednici.
- Pravo na osigurani iznos ima samo korisnik osiguranja, i to od samog sklapanja Ugovora o osiguranju i bez obzira na to kako je i kada određen za korisnika osiguranja.

IZRAČUN I PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

Članak 10.

- Premija osiguranja utvrđena je cjenikom Osiguratelja, a određuje se prema visini ugovorenog osiguranog iznosa. Premija osiguranja ugovara se u eurima.
- Pisana obavijest o visini premije osiguranja, iznosu osiguranja za pokrića, načinu plaćanja i trajanju plaćanja premije daje se prije sklapanja ugovora u Dokumentu s informacijama o proizvodu osiguranja te se dodatno navodi na Polici.
- Ugovaratelj osiguranja je dužan premiju osiguranja plaćati prema unaprijed ugovorenim rokovima, odnosno obrocima i na ugovoren način do prestanka Ugovora o osiguranju.
- Premija osiguranja plaća se u punom iznosu, bez umanjenja na ime troškova platnog prometa, odnosno bankarske provizije.
- Osiguratelj je dužan zaprimiti uplatu premije osiguranja od svake osobe koja ima pravni interes da premija osiguranja bude plaćena.

POSljedICE NEPLAĆANJA PREMIJE OSIGURANJA

Članak 11.

- Ako Ugovaratelj osiguranja na poziv Osiguratelja koji mu mora biti dostavljen preporučenim pismom ne uplati dospjelu premiju osiguranja u cijelosti u roku koji Osiguratelj odredi, a koji ne može biti kraći od

mjesec dana, računajući od dana kad mu je pismo uručeno, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, Osiguratelj može izjaviti ugovaratelju osiguranja da raskida ugovor.

2. S obzirom na to da ovo osiguranje ne pruža pokriće za slučaj doživljenja, Ugovaratelj osiguranja nema pravo na otkup Police osiguranja niti na njezinu kapitalizaciju.
3. Osiguratelj ima pravo iznos dospjele neplaćene premije odbiti od iznosa koji je dužan isplatiti ugovaratelju osiguranja, Osigurniku, korisniku osiguranja ili nekoj trećoj osobi na temelju ugovora o osiguranju.

ISTEK POKRIĆA

Članak 12.

1. Pokriće završava:
 - nastupom osiguranog slučaja, izuzev naknade za boravak u bolnici, za lom kostiju, naknade za nošenje gipsa dulje od 25 dana
 - kada Osigurunik navrš 75 godina života (nakon isteka dana nastupa 75. godine života)
 - kada Osigurunik navrš 65 godina života (nakon isteka dana nastupa 65. godine života) za ugovoreno pokriće za nastup teške bolesti
 - u slučaju nastupa okolnosti naznačenih u članku 11. i članku 5. ovih Općih uvjeta, odnosno u slučaju raskida ugovora i sl.

PRAVA I OBEVEZE UGOVARATELJA OSIGURANJA

Članak 13.

1. Tijekom života Osigurunika Ugovaratelj osiguranja je dužan:
 - Obavijestiti Osiguratelja o promjenama koje su nastupile tijekom vremena, a važne su za sklopljeni Ugovor o osiguranju
 - Obavijestiti Osiguratelja u pisanom obliku o promjeni svoje adrese stanovanja odnosno adrese za primanje pisama. U protivnom će sve obavijesti koje Osiguratelj upućuje biti poslone na zadnju poznatu adresu te će sve posljedice biti kao da su poslone na stvarnu adresu ugovaratelja osiguranja.

OBEVEZE OSIGURATELJA KOD NASTUPA OSIGURANOG SLUČAJA

Članak 14.

1. Osiguratelj je dužan isplatiti osigurani iznos u roku od 14 dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio. Ako je za utvrđivanje postojanja osigurateljeve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti osigurinu u roku od 30 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.
2. Na temelju sklopljenog Ugovora o osiguranju Osiguratelj je korisniku osiguranja dužan isplatiti:
 - osigurani iznos za slučaj smrti ako je smrt nastupila za vrijeme trajanja osiguranja
 - osigurani iznos za slučaj smrti zbog nesretnog slučaja ako je smrt zbog nesretnog slučaja nastupila za vrijeme trajanja osiguranja
 - osigurani iznos za slučaj smrti zbog prometne nezgode ako je smrt nastupila zbog posljedica prometne nezgode za vrijeme trajanja osiguranja
 - osigurani iznos za slučaj potpune trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja ako je potpuna trajna invalidnost posljedica nesretnog slučaja koji je nastupio za vrijeme trajanja osiguranja
 - dnevnu naknadu za boravak u bolnici zbog liječenja od posljedice nesretnog slučaja ako je boravak u bolnici kao posljedica nesretnog slučaja nastupio za vrijeme trajanja osiguranja
 - osigurani iznos za slučaj loma kostiju kao posljedice nesretnog slučaja ako je nesretni slučaj nastupio za vrijeme trajanja osiguranja.
 - osigurani iznos za nastup jedne od teških bolesti (Članak 19.)
 - naknadu za nošenje gipsa dulje od 25 dana u skladu s člankom 20. Ovih Općih uvjeta
 - naknadu za troškove kozmetičke operacije uslijed nesretnog slučaja koji je nastupio za vrijeme trajanja osiguranja u skladu s člankom 21. ovih Općih uvjeta
3. U slučaju višestrukih prijeloma kostiju zbog jednog nesretnog slučaja smatra se da je nastao jedan osigurani slučaj te Osiguratelj isplaćuje osigurani iznos za jedan osigurani slučaj. U slučaju dva nepovezana prijeloma, između kojih je proteklo barem 10 dana u tijeku jedne godine, svaki prijelom se smatra zasebnim osiguranim slučajem te će Osiguratelj isplatiti osigurani iznos za svaki osigurani slučaj zasebno.

POKRIĆE ZA SLUČAJ SMRTI

Članak 15.

1. Za slučaj smrti Osigurunika kao posljedice osiguranog slučaja Osiguratelj plaća osigurani iznos za slučaj smrti određen u Polici osiguranja.
2. Za slučaj smrti Osigurunika zbog nesretnog slučaja smrt mora biti uzrokovana nesretnim slučajem. Smrt mora nastupiti unutar 12 mjeseci nakon nesretnog slučaja.
3. Tijekom prvih 12 mjeseci osigurani iznos za slučaj smrti od bolesti bit će jednak zbroju svih do tog trenutka plaćenih premija osiguranja od početka Ugovora o osiguranju, osim u slučaju promjene modela osiguranja i sklapanja police osiguranja s većim iznosom premije osiguranja u kojem slučaju se smatra da nije došlo do prekida trajanja ugovora o osiguranju. Ova odredba ne odnosi se na smrt zbog nesretnog slučaja.
4. Za slučaj smrti Osigurunika kao posljedica prometne nezgode. Prometna nezgoda je događaj u kojem su u javnom prometu sudjelovali najmanje jedno prijevozno sredstvo u pokretu i Osigurunik u svojstvu vozača odnosno putnika, pješaka odnosno plivača te u kojem je prijevozno sredstvo djelujući izravno izvana i naglo na tijelo Osigurunika prouzročilo njegovu smrt. Prijevozno sredstvo je motorno vozilo, zrakoplov i plovni objekt koji ima dozvolu za upotrebu, odnosno vožnju u kopnenom, vodenom ili zračnom prometu na javnim površinama. Žičare i uspinjače koje imaju dozvolu za prijevoz osoba imaju jednak status kao i vozila u kopnenom prometu. Smrt mora nastupiti unutar 12 mjeseci od dana prometne nezgode.
- 4.1. Pokriće ne postoji za prometne nezgode koje su posljedica:
 - srčanog udara (infarkta), moždanog udara, mentalnih oštećenja ili gubitka svijesti Osigurunika
 - djelovanja alkohola, droge ili lijekova na Osigurunika
 - namjere ugovaratelja osiguranja, Osigurunika ili korisnika
 - pripremanja, pokušaja ili izvršenja kaznenog djela od strane Osigurunika
 - natjecanja prijevoznih sredstava u kopnenom, zračnom ili vodenom prometu, treninzima za njih, probnim vožnjama i drugim vožnjama vezanim uz natjecanje
 - bolesti ili promjene zdravstvenog stanja koje nisu u neposrednoj vezi s prometnom nezgodom
 - rata, revolucije, pobune, ustanka ili građanskih nemira koji nastaju iz takvih događaja, sabotaža, terorizma ili drugih sličnih događaja, ako je Osigurunik sudjelovao na strani uzročnika tih događaja
 - ako u trenutku nastupa nesretnog slučaja Osigurunik nije koristio propisanu sigurnosnu zaštitu (kaciga, sigurnosni pojas i sl.), a navedeno je utjecalo na nastanak nesretnog slučaja
 - ako Osigurunik kao vozač nije imao propisanu službenu ispravu za upravljanje prijevoznim sredstvom

POKRIĆE ZA SLUČAJ BORAVKA U BOLNICI

Članak 16.

1. Samo boravak u bolnici u trajanju od minimalno 24 sata zbog liječenja od posljedice nesretnog slučaja smatra se osiguranim slučajem.
2. Dva bolnička liječenja smatraju se dvama osiguranim slučajevima ako do drugog dođe nakon više od 90 dana od kraja prvog. U slučaju Osigurunikova boravka u bolnici, kao posljedice osiguranog slučaja, Osiguratelj isplaćuje naknadu ugovorenu Policom osiguranja.
3. Naknada se isplaćuje najviše do 365 dana bilo za jedan bilo za više osiguranih slučajeva.
4. U bolnice, u smislu isplate naknade, ubrajaju se opće, specijalističke bolnice i klinike. Lječilišta, domovi i ustanove za rekreaciju ili odmor ne ubrajaju se u bolnice. Dnevna naknada za liječenje u bolnici nadoknađuje se isključivo za liječenje u bolnici na teritoriju Republike Hrvatske.

POKRIĆE U SLUČAJU POTPUNE TRAJNE INVALIDNOSTI

Članak 17.

1. Potpuna trajna invalidnost je trajan i potpun gubitak ili znatnije oštećenje pojedinog organa ili dijela tijela Osigurunika uzrokovano osiguranim nesretnim slučajem (nezgodom), za koji je Listom oštećenja organizma – Lista I, koja je sastavni dio Uredbe o metodologijama vještačenja koja vrijedi na dan sklapanja ugovora o osiguranju, određen stupanj tjelesnog oštećenja od 100 %, bez obzira na to uzrokuje li ono ili ne uzrokuje smanjenje radne sposobnosti.
2. U slučaju gubitka, ozljede ili oštećenja većeg broja organa ili dijelova tijela koji su uzrokovani istim osiguranim nesretnim slučajem, ne dolazi do zbrajanja postotaka tjelesnih oštećenja, već je Osiguratelj u obvezi isplate osigurunine isključivo za jedan gubitak ili oštećenje pojedinog organa ili dijela tijela, za koji je određen stupanj tjelesnog oštećenja od 100 %, u skladu s Listom iz prethodnog stavka ovog članka.
3. Nastupanjem osiguranog slučaja potpune trajne invalidnosti po kojem je utvrđeno pravo na isplatu osigurunine prestaje ugovor o osiguranju. Ako kao posljedica potpune trajne invalidnosti nastupi smrt, lom kostiju ili osigurani slučaj boravka u bolnici zbog liječenja od posljedice nesretnog slučaja, Osiguratelj je u obvezi isplate osigurunine jedino za osigurani slučaj potpune trajne invalidnosti.

POKRİĆE U SLUČAJU LOMA KOSTIJU

Članak 18.

1. Samo lom kostiju kao posljedica nesretnog slučaja smatra se osiguranim slučajem.
2. Isključene su, ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, u cijelosti sve osigurateljve obveze ako je prijelom kosti nastao:
 - na istom dijelu tijela kao i prethodni prijelom unutar razdoblja od 6 mjeseci i ako je dokazano da su međusobno povezani (takozvana refraktura)
 - nastupila infrakcija kosti i prijelom nije potvrđen ili je dodatnom obradom naknadno isključen.
3. Isplata osiguranog iznosa za slučaj loma kostiju ograničena je na najviše 2 osigurana slučaja po Osiguraniku u razdoblju od 10 godina od ugovaranja police.

POKRİĆE ZA SLUČAJ NASTUPA TEŠKE BOLESTI

Članak 19.

1. Osigurani slučaj je nastup određene teške bolesti navedene u stavku 3. ovoga članka koja je nastupila za vrijeme trajanja osigurateljnog pokrivača.
2. Osigurateljno pokrivaču obuhvaća rizik nastupa samo jednog osiguranog slučaja tijekom trajanja osiguranja.
3. Teškom bolesti, pod uvjetom da je dijagnostički potvrđena u kliničkim ustanovama prema nalazima liječnika specijaliziranog za pojedinu vrstu bolesti i uz predočenje cjelokupne medicinske dokumentacije, u smislu ovih Općih uvjeta smatra se:

3.1. Srčani udar: Propadanje jednog dijela stanica srčanog mišića uslijed nedovoljnog dovoda krvi u pogođeno područje.

Dijagnoza se mora temeljiti na sljedećim kriterijima:

- a. nastup tipičnog stezanja u prsima u području oko srca (stenokardija);
- b. svježe promjene EKG-a prema uobičajenim kriterijima za infarkt, infarkt miokarda s elevacijom ST segmenta (STEMI)
- c. tipično povećanje razine specifičnih enzima u krvi što ukazuje na smrt miokarda (CK-MB, troponin T ili I, drugi biokemijski markeri).

U smislu ovih Općih uvjeta isključen je infarkt miokarda bez elevacije ST segmenta (NSTEM) s povišenim troponinom I ili T.

Dijagnozu postavlja kardiolog. Datum nastanka osiguranog slučaja je datum dijagnoze.

Dokumentacija koja se prilaže: stručno mišljenje kardiologa, završni izvještaj (opis tipične boli u prsima, potvrda tipičnih EKG promjena povezanih s akutnim povećanjem ST segmentom, dokumentacija povećanja razina specifičnih enzima koja ukazuje na smrt miokarda).

3.2. Moždani udar: Cerebrovaskularni incident je neurološka pojava - cerebralna tromboza, cerebralna hemoragija, ekstrakranijalno cerebralna embolija nastala iz emboličnog izvora – akutni simptomi traju duže od 24 sata i rezultiraju trajnim neurološkim oštećenjima. Dijagnozu specijalista neurologa mora biti potvrđena CT ili MRI skeniranjem mozga, koje pokazuje svježe lezije na mozgu.

U smislu ovih Općih uvjeta isključeni su:

- a. prolazni poremećaji moždane cirkulacije (TIA),
- b. intrakranijalno krvarenje kao posljedica nezgode,
- c. neurološke simptome uzrokovane migrenom,
- d. lakunarni moždani udar bez neuroloških znakova.

Datum nastanka osiguranog slučaja je isti kao i datum 90-og dana nakon akutnog događaja, pod uvjetom da prošlo 90 dana te je potvrđeno trajno neurološko oštećenje od strane neurologa.

3.3. Karcinom: Nekontrolirana proliferacija stanica koje pokazuju znakove histološke atipije (maligne stanice), tijekom koje maligne stanice probijaju granice tkiva i šire se (invazija), a postoji i mogućnost da se maligne stanice prošire na udaljene organe, množe se i izvrše invaziju organa (metastaza).

Prema ovim Uvjetima, skupina malignih bolesti uključuje i maligne tumore hematopoetskih tkiva (leukemija), tumore retikuloendotela i limfnog sustava (limfomi), maligni poremećaji plazma stanica (mijelom plazma stanica).

U smislu ovih Općih uvjeta isključeni su:

- a. predmaligni oblici
- b. "Carcinoma in situ"
- c. rak kože, s izuzetkom od malignih tumora pigmentiranih madeža (melanoma malignum smatra se osiguranim slučajem),
- d. bilo koji tumor koji se pojavi uz HIV pozitivnu dijagnozu.

Datum nastanka osiguranog slučaja je datum prve dijagnoze (izdavanje histoloških nalaza).

Dokumentacija koja se prilaže: stručno mišljenje onkologa, završno izvješće, nalaz histološkog pregleda koji dokazuje tumor

3.4. Multipla skleroza: Multipla skleroza je upalna bolest bijele tvari središnjeg živčanog uslijed čega je tzv. mijelinska ovojnica koji okružuje živčane stanice i

populaciju živčanih stanica oštećena. Pokriva rizika Osiguratelja ne pokriva bolesti živčanog sustava s virusnom demijelinizacijom ili upalu očnog živca (neuritis retrobulbaris).

Datum osiguranog slučaja je datum dijagnoze multiple skleroze.

Za dokazivanje nastanka osiguranog slučaja, Osiguratelju je potrebno dostaviti slijedeću dokumentaciju: mišljenje specijaliste neurologa, završni nalaz.

POKRİĆE ZA NOŠENJE GIPSA DULJE OD 25 DANA

Članak 20.

1. Osiguratelj isplaćuje Osiguraniku ugovorenu naknadu za nošenje gipsa do kojeg je došlo uslijed nesretnog slučaja koji je nastupio tijekom trajanja osiguranja ako je Osiguranik prema odluci liječnika specijaliste utemeljenoj na RTG snimci gips nosio više od 25 dana.
2. Naknada se isplaćuje neovisno od procjene trajnog invaliditeta, a može se isplatiti samo jednom tijekom osigurateljne godine, bez obzira je li u navedenom razdoblju nastupio jedan ili više osiguranih slučajeva.

POKRİĆE ZA TROŠKOVE KOZMETIČKE OPERACIJE USLIJED NESRETNOG SLUČAJA

Članak 21.

1. Osiguratelj isplaćuje Osiguraniku naknadu za troškove kozmetičke operacije u slučaju trajnog invaliditeta ako se uslijed nesretnog slučaja površina tijela Osiguranika ošteti ili izobličiti na način da je po završetku liječenja njegov vanjski izgled time trajno narušen te se odluči podvrgnuti kozmetičkoj operaciji radi uklanjanja tog nedostatka.
2. Osiguratelj naknađuje Osiguraniku stvarne i nužne troškove liječenja, lijekova, zavojnog materijala i ostalih sredstava koje propiše liječnik u svezi s operacijom i kliničkim liječenjem te troškove smještaja i prehrane u bolnici najviše od ugovorenog osiguranog iznosa za naknadu troškova kozmetičke operacije.
3. Osiguratelj naknađuje samo onaj dio troškova kozmetičke operacije koje je snosio sam Osiguranik, uz uvjet da se liječenje provodi u Republici Hrvatskoj.
4. Operacija i kliničko liječenje moraju biti obavljene do isteka 3. godine od dana nastanka nesretnog slučaja.
5. Iz osigurateljnog pokrivača isključene su kozmetičke operacije trajnog narušenja vanjskog izgleda ako uzrok narušenja izgleda ne proizlazi iz osiguranog slučaja prilikom kojeg je kod Osiguranika nastupio trajni invaliditet.
6. Naknadom troškova kozmetičke operacije po kojem je utvrđeno pravo na isplatu osigurnine prestaje ugovor o osiguranju.

ISKLJUČENJE I OGRANIČENJE OBVEZE OSIGURATELJA

Članak 22.

1. Ugovorom o osiguranju nije obuhvaćeno i Osiguratelj nije u obvezi isplate ako nastupi osigurani slučaj vezan uz:
 - bilo koje stanje (posljedica, vraćanje na staro stanje ili ponovno pojavljivanje bolesti ili nezgode) koje je Osiguranik imao na dan potpisa Police ili u vezi s kojim se je Osiguranik konzultirao ili liječio kod bilo kojeg ovlaštenog liječnika ili ustanove prije potpisa Police
 - samoubojstvo u skladu sa Zakonom o obveznim odnosima
 - namjerno ubojstvo Osiguranika počinjeno od korisnika osiguranja u skladu sa Zakonom o obveznim odnosima
 - ili prouzročen ratnim operacijama u skladu sa Zakonom o obveznim odnosima
 - bilo kakvo konzumiranje alkohola i/ili droge, zlouporabu lijekova ili ostalih toksičnih supstanci
 - građanske nemire, terorizam, nered, pobune
 - tjelesnu ozljedu Osiguranika tijekom vojnih vježbi oružanih snaga bilo koje zemlje ili organizacije
 - ionizirajuće zračenje ili kontaminaciju radioaktivnošću od nuklearnog goriva ili nuklearnog otpada
 - radioaktivna, toksična, eksplozivna ili druga opasna svojstva bilo kojeg eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegove nuklearne komponente
 - nezgode ili bolesti za koje Osiguranik odbija prihvatiti razuman liječnički tretman
 - svojevrijedno sudjelovanje Osiguranika u bilo kakvom nezakonitom činu, kaznenom djelu ili prekršaju, činjenjem, nečinjenjem ili pokušajem činjenja ili nečinjenja, sudjelovanje u borbi, štetnoj i opasnoj radnji, te bijegu nakon takve radnje
 - aktivno sudjelovanje u tučnjavi, osim ako se radi o samoobrani
 - profesionalno bavljenje sportom (profesionalni sportaš) ili sportom koji uključuje direktnu ili indirektnu novčanu naknadu



- sudjelovanje u bilo kakvom natjecateljskom sportu (profesionalno ili amaterski) ili sportu koju uključuje pogon motora (uključujući utrke i trening vožnje), u boksu, hrvanju, borilačkim vještinama, kao i specijalnim aktivnostima kao što su podvodno ronjenje sa samostalnom opremom, speleologija, vožnja boba, skeleton, skijaški skokovi ili skakanje s trampolina, penjanje po stijenama, planinarske aktivnosti koje uključuju penjanje (po stijenama ili ledu), planinarsko skijanje ili bilo koje planinarenje na visinama iznad 3000 m, skakanje padobranom, sportsko padobranstvo, jedriličarstvo, letenje zmajem ili drugim lakim letjelicama ili bungee jumping, osim u slučaju kada je to objavljeno Osiguratelju prilikom sklapanja osiguranja i Osiguratelj je odlučio prihvatiti taj rizik
 - vožnju bilo kojeg vozila ili motornog broda ako Osiguranik ne posjeduje valjanju važeću dozvolu, osim u slučaju kada je ona istekla te je Osiguranik u trenutku nastanka osiguranog slučaja zatražio njezino produženje
 - lov u ograđenim i neograđenim lovištima
 - opasne aktivnosti kao što je rukovanje eksplozivnim ili vatrenim/hladnim oružjem
 - nadriječništvo
 - samoinicijativno odabran kirurški zahvat ili bilo koji kozmetički kirurški zahvat, osim zahvata rekonstruktivne kirurgije
 - stanje koje je u vezi s psihičkom bolesti, mentalnim ili drugim poremećajem središnjega živčanog sustava, kao što su, npr. stres, anksioznost ili depresija i njima prouzročena stanja
 - HIV i/ili stanja izravno ili neizravno vezana uz HIV, uključujući AIDS
 - samoozljeđivanje, bilo u stanju ubrojivosti bilo u stanju neubrojivosti
 - zrakoplovnu nesreću ako Osiguranik, bilo kao vojnik bilo kao civil, putuje u neregistriranom zrakoplovu i/ili putuje s osobom koja ne posjeduje odgovarajuću dozvolu za upravljanje zrakoplovom. Međutim pokriće osiguranja vrijedi u slučaju da Osiguranik putuje kao putnik u zrakoplovu s redovitim redom letenja javnog zračnog prijevoza s uobičajenim prijevoznikom i u zrakoplovu s više motora u vlasništvu kompanija ili pojedinaca, kojima upravljaju piloti s važećim dozvolama. U svakom slučaju, pokriće članova posade zrakoplova tijekom obavljanja posla uvijek je isključeno
 - epidemiju ili zaraznu bolest, tj. ako je uzrok opće izbijanje bolesti koja se prenosi bakterijama ili infekcijom i koja istodobno pogađa više osoba u jednoj populaciji
 - ako se Osiguranik po pretrpljenom nesretnom slučaju ili početku bolesti, bez opravdanog razloga, nije prijavio liječniku, odnosno nije pozvao liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći ili ako nije poduzeo potrebne mjere radi liječenja, odnosno nije se pridržavao liječničkih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja.
2. Ne postoji obveza isplate osiguranog iznosa ako je osigurani slučaj nastupio u vrijeme obavljanja poslova:
- koji se izvode na visini većoj od 3m ili pod zemljom prilikom obavljanja profesionalne djelatnosti
 - zaštitara
 - planinarskog vodiča, sudionika ekspedicije ili speleologa
 - ronioca
 - koji se izvode u kamenolomu, rudniku, tunelu i slično
 - radnika naftnih kompanija na platformama
 - deminera, minera ili pirotehničara
 - kaskadera ili osoblja cirkusa
 - profesionalnog vojnika, osim za vrijeme obavljanja administrativnih poslova
 - vatrogasca, osim za vrijeme obavljanja administrativnih poslova
 - policajca, osim za vrijeme obavljanja administrativnih poslova
 - pilota i člana posade.
3. Dokazivanje postojanja isključenja pada na teret Osiguratelja.

ISKLUČENJA KOD POTPUNE TRAJNE INVALIDNOSTI

Članak 23.

1. Za slučaj potpune trajne invalidnosti, uz opća isključenja (Članak 22), Ugovorom o osiguranju nije obuhvaćeno i Osiguratelj nije u obvezi isplate:
- ako nastupi osigurani slučaj kao nedostatak na koji se Osiguranik poziva, a koji se ne može utvrditi laboratorijskim ispitivanjem, mikrobiološkim, biokemijskim sredstvima i/ili slikovnom dijagnostikom
 - ako se Osiguranik bez opravdanog razloga ne odaziva na poziv za liječnički pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno na poziv liječničkog povjerenstva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ili liječnika cenzora Osiguratelja
 - ako nastupi osigurani slučaj kao posljedica transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osobe
 - ako nastupi osigurani slučaj kao posljedica liječenja bolesti ili nesretnog slučaja koji je postojao ili čiji uzrok potječe prije sklapanja Ugovora o osiguranju ili ima posljedice koje su nastale kasnije, a uzrok im je nastupio prije dana početka osigurateljnog pokrivanja
 - ako je Osiguranik svjesno ili namjerno prouzročio potpunu i trajnu invalidnost
2. Dokazivanje postojanja isključenja pada na teret Osiguratelja.

ISKLUČENJE PRIPISA DOBITI

Članak 24.

1. Prema ovom Ugovoru o osiguranju nema pripisa dobiti.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Članak 25.

1. Korisnik osiguranja ili bilo koja osoba koja polaže pravo na osigurani iznos o nastanku osiguranog slučaja treba bez odgode izvijestiti Osiguratelja.
2. Prijavljuje se pisano, na posebnom obrascu Osiguratelja, sa sljedećim dokumentima:
- preslika Police ili Izjava o neposjedovanju Police osiguranja
 - preslika osobne iskaznice ili drugoga identifikacijskog dokumenta korisnika
 - u slučaju da je korisnik osiguranja maloljetna osoba, potrebno je dostaviti i rodni list ili presliku identifikacijskog dokumenta maloljetnog korisnika, te presliku osobne iskaznice ili drugoga identifikacijskog dokumenta zakonskog zastupnika odnosno skrbnika maloljetne osobe
 - u slučaju da je korisnik osiguranja osoba lišena poslovne sposobnosti potrebno je dostaviti presliku osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta skrbnika te presliku pravomoćnog rješenja Centra za socijalnu skrb o stavljanju korisnika pod skrbništvo i imenovanju podnositelja prijave skrbnikom korisnika.
3. U slučaju smrti Osiguranika potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- presliku smrtnog lista ili izvataka iz matične knjige umrlih
 - presliku Potvrde o smrti, Otpusnog pisma ili drugog valjanog dokumenta iz kojeg je vidljiv uzrok smrti Osiguranika
 - presliku kompletnog zdravstvenog kartona
 - presliku medicinske dokumentacije vezane uz liječenje bolesti (otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.)
 - presliku pravomoćnog rješenja o nasljeđivanju u slučaju da su korisnici osiguranja ujedno i zakonski nasljednici
 - svaki drugi dodatni dokument koji Osiguratelj ima razumno pravo zahtijevati.
4. U slučaju potpune trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- presliku medicinske dokumentacije
 - presliku nalaza i mišljenja o oštećenju organizma – tjelesnom oštećenju koje izrađuje Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom
 - drugu dokumentaciju prema zahtjevu Osiguratelja koja je potrebna za utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za isplatu osiguranog iznosa.
5. U slučaju nesretnog slučaja potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- presliku smrtnog lista ili izvataka iz matične knjige umrlih
 - presliku Potvrde o smrti, Otpusnog pisma ili drugog valjanog dokumenta iz kojeg je vidljiv uzrok smrti Osiguranika
 - presliku Zapisnika o očevidu (ako postoji)
 - presliku nalaza analize krvi i urina na alkohol (ako postoji)
 - presliku Obdukcijanskog nalaza (ako postoji)
 - presliku pravomoćnog rješenja o nasljeđivanju u slučaju da su korisnici osiguranja ujedno i zakonski nasljednici
 - drugu dokumentaciju prema zahtjevu Osiguratelja koja je potrebna za utvrđivanje osnovanosti zahtjeva ta isplatu osiguranog iznosa.
6. U slučaju loma kostiju potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- preslika osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta Osiguranika
 - preslika medicinske dokumentacije vezane uz liječenje
 - drugu dokumentaciju prema zahtjevu Osiguratelja koja je potrebna za utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za isplatu osiguranog iznosa.
7. U slučaju smrti uslijed prometne nezgode potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- presliku smrtnog lista ili izvataka iz matične knjige umrlih
 - presliku Potvrde o smrti, Otpusnog pisma ili drugog valjanog dokumenta iz kojeg je vidljiv uzrok smrti Osiguranika
 - presliku Zapisnika o očevidu (ako postoji)
 - presliku nalaza analize krvi i urina na alkohol (ako postoji)
 - presliku Obdukcijanskog nalaza (ako postoji)

- presliku pravomoćnog rješenja o nasljeđivanju u slučaju da su korisnici osiguranja ujedno i zakonski nasljednici
- drugu dokumentaciju prema zahtjevu Osiguratelja koja je potrebna za utvrđivanje osnovanosti zahtjeva ta isplatu osiguranog iznosa.

8. U slučaju boravaka u bolnici potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- presliku osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta Osiguranika
 - presliku medicinske dokumentacija vezana uz liječenje
 - presliku otpusnog pisma iz kojeg je vidljiv datum prijema i trajanje bolničkog liječenja
 - drugu dokumentaciju prema zahtjevu Osiguratelja koja je potrebna za utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za isplatu osiguranog iznosa.

9. U slučaju nastupa teške bolesti potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- presliku osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta Osiguranika
 - cjelokupnu medicinsku dokumentaciju koja prati tijek liječenja (specijalistički nalazi, povijesti bolesti, otpusna pisma, osobni zdravstveni karton i sl.)
 - na zahtjev Osiguratelja potrebno je pribaviti podatke i dokumentaciju od liječnika i medicinskih ustanova koji su ranije liječili ili pregledali Osiguranika, kao i cjeloviti osobni zdravstveni karton Osiguranika odnosno djeteta Osiguranika za koje se traži naknada iz osiguranja, ovjeren od liječnika opće medicine

Osiguranik izričito i neopozivo ovlašćuje liječnike, bolnice i ostale medicinske ustanove kod koji se liječio ili kod kojih će biti liječen kao i ostala društva za osiguranje ili službena tijela da Osiguratelju na njegov pisani zahtjev daju sve potrebne informacije i dokumentaciju o Osiguraniku i njegovom zdravstvenom stanju koje prema procjeni Osiguratelja imaju ili bi mogli imati uzročno-posljedičnu vezu s osiguranim slučajem.

U tu svrhu Osiguranik oslobađa obveze čuvanja liječničke, profesionalne odnosno poslovne tajne liječnike i sve druge fizičke i pravne osobe.

Sve dok postojanje osiguranog slučaja nije moguće utvrditi zbog namjernog neispunjenja dužnosti navedenih u ovom članku ili krajnje nepažnje ugovaratelja osiguranja, Osiguranika odnosno korisnika, potraživanje iz ugovora o osiguranju ne može dospjeti te Osiguratelju za to vrijeme nije u obvezi isplatiti naknadu iz osiguranja.

10. U slučaju nošenja gipsa dulje od 25 dana potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- presliku osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta Osiguranika
 - presliku medicinske dokumentacija vezana uz liječenje
 - RTG snimku
11. U slučaju troškova kozmetičke operacije uslijed nezgode potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- presliku osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta Osiguranika
 - cjelokupnu medicinsku dokumentaciju (specijalistički nalazi, povijesti bolesti, otpusna pisma, osobni zdravstveni karton i sl.)

PREGLED I POSTUPAK VJEŠTAČENJA

Članak 26.

1. Potpisivanjem Police osiguranja Osiguranik će ovlastiti bilo kojeg liječnika određenog od Osiguratelja da ima uvid u cjelokupnu medicinsku dokumentaciju Osiguranika sa svrhom rješavanja odštetnog zahtjeva.
2. U slučaju da između ugovaratelja osiguranja i Osiguranika ili korisnika osiguranja i Osiguratelja u pogledu obveze Osiguratelja postoji nesuglasje, tada će se takvi nesporazumi rješavati mirnim putem. Osiguratelj i Osiguranik i/ili korisnik osiguranja mogu odrediti po jednog vještaka koji će imati ulogu arbitra između dva suprotstavljena stajališta.
3. Ako njihovi nalazi nisu suglasni, imenovani vještaci određuju trećeg vještaka, koji će dati stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su među njima sporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja. Mišljenje trećeg vještaka bit će obvezujuće kako za Osiguratelja, tako i za Osiguranika i/ili korisnika osiguranja.
4. Svaka strana plaća troškove vještaka kojeg je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća polovinu troškova.

ZASTARA

Članak 27.

1. Tražbine iz Ugovora o osiguranju zastarijevaju prema odredbama Zakona o obveznim odnosima.

ZEMLJOPISNO POKRIĆE

Članak 28.

1. Osigurateljno pokrivaće ugovoreno prema ovim Općim uvjetima vrijedi na području cijelog svijeta, osim ako nije drugačije uređeno.

2. Naknada troškova kozmetičke operacije isplaćuju se za liječenje odnosno operaciju izvršenu u Republici Hrvatskoj.
3. Dnevna naknada za liječenje u bolnici nadoknađuje se isključivo za liječenje u bolnici na teritoriju Republike Hrvatske.

MJERODAVNO PRAVO, NADLEŽNI SUD I NADZOR OSIGURATELJA

Članak 29.

1. Na odnose strana iz ovog Ugovora o osiguranju primjenjuje se pravo Republike Hrvatske. Na sva ostala pitanja te prava i obveze iz ovog ugovora koja nisu regulirani ovim Općim uvjetima osiguranja primjenjuju se relevantne odredbe važećeg Zakona o obveznim odnosima i propisa kojima se reguliraju prava i zaštita potrošača i ostalih relevantnih propisa Republike Hrvatske.
2. Na policu, uvjete i na sve ostale dijelove ugovora o osiguranju, primjenjuje se pravo Republike Hrvatske, a u slučaju sudskog spora mjesno je nadležan sud u Zagrebu.
3. Za nadzor nad društvom za osiguranje nadležna je Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga (HANFA), Franje Račkoga 6, 10000 Zagreb, Hrvatska
4. Izvješće o bonitetu i financijskom položaju Osiguratelja dostupno je na <https://www.groupama.hr/groupama-osiguranje-d-d/927>.

PRITUŽBE

Članak 30.

1. U slučaju nezadovoljstva pružanjem usluge osiguranja odnosno izvršenja obveze iz Ugovora o osiguranju poziva se ugovaratelja osiguranja, korisnika osiguranja ili Osiguranika da podnesu pritužbu putem elektroničke pošte na adresu pritužbe@groupama.hr, poštom na adresu Groupama osiguranje d.d., Ulica grada Vukovara 284, Zagreb ili usmeno na zapisnik kod Osiguratelja.
2. Strane su suglasne i prihvaćaju da će sve sporove proizašle iz ovog Ugovora o osiguranju ponajprije pokušati rješavati mirnim putem u izvansudskom postupku kod Osiguratelja.
3. Strane su suglasne da će o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz Ugovora o osiguranju izvijestiti drugu stranu.
4. Pritužba treba sadržavati:
 - ime i prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegova zakonskog zastupnika, odnosno, tvrtku, sjedište i ime i prezime odgovorne osobe podnositelja pritužbe koji je pravna osoba,
 - razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe,
 - dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe kada ih je moguće priložiti, a može sadržavati i isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se pritužba podnosi kao i prijedloge za izvođenje dokaza,
 - datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa,
 - punomoć za zastupanje, kada je pritužbu podnio punomoćnik.
5. O pritužbama, zahtjevima i svim spornim pitanjima odlučuje Komisija za pritužbe Osiguratelja.
6. Odgovor Komisije za pritužbe dostavlja se suprotnoj strani u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 dana od dana primitka pritužbe, a iznimno kad se odgovor ne može dati unutar navedenog roka, obavijestit će podnositelja pritužbe o razlozima kašnjenja i naznačiti kada će postupak vjerojatno biti dovršen i kada će biti odgovoreno na pritužbu.
7. U slučaju neslaganja s odlukom Komisije za pritužbe, podnositelj pritužbe ima pravo na podnošenje pritužbe pravobranitelju osiguranja zbog kršenja kodeksa o poslovnoj etici osiguratelja i reosiguratelja, pokretanje postupka za mirno rješavanje sporova primjerice pred Centrom za mirenje pri Hrvatskoj gospodarskoj komori ili Centrom za mirenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje, ili može podnijeti tužbu nadležnom sudu.

Članak 30 – ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 31.

1. Prava i obveze iz Ugovora o osiguranja koji je predmet ovih Općih uvjeta, Osiguranik ne može prenijeti na drugu osobu.
2. Sve izjave Osiguratelja i Ugovaratelja osiguranja koje su obvezujuće naravi moraju se dati u pisanom obliku, ukoliko drugdje u uvjetima nije izričito navedeno drugačije.
3. Za vrijeme života Osiguranika Ugovaratelj osiguranja i/ili Osiguranik mora:
 - bez odgode povući bilo kakvu zastarjelu ili pogrešnu dokumentaciju na izričit zahtjev Osiguratelja.
 - pribaviti prethodnu suglasnost Osiguratelja za bilo kakvu objavu ili tekst koji se tiče osiguranja,
 - odmah pisanim putem obavijestiti Osiguratelja o promjeni adrese stanovanja, odnosno adrese za primanje pisama Ugovaratelja osiguranja te o promjeni osobnih podataka.
4. Kod ugovaranja osiguranja posrednik mora:
 - dati, prije suglasnosti za osiguranje, svakoj osobi koja udovoljava uvjetima za osiguranje ove Opće uvjete i ostale obavijesti koje izdaje Osiguratelj,
 - primiti potpisanoj policu i ostale potrebne obrasce Osiguratelja od osobe koja udovoljava uvjetima za

osiguranje prema Ugovoru o osiguranju, te jedan primjerak police uručiti Ugovaratelju osiguranja,

- staviti na raspolaganje Osiguratelju sve dokumente vezane uz osiguranje prema Ugovoru o osiguranju (obrasce koje sastavlja Osiguratelj), a koje je Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik ispunio i potpisao,
 - dostaviti Osiguratelju sve dokumente i dokaze koje Osiguratelj može razumno zatražiti kako bi stekao dobar uvid u rizik koji pokriva.
5. Ovim osiguranjem nije predviđeno pokriće za slučaj doživljenja, te prema tome Ugovaratelj osiguranja/Osiguranik prema ovim Općim uvjetima nema pravo na otkup police niti na njezinu kapitalizaciju. Prema ovom osiguranju nema pripisa dobiti.

KLAUZULA – BORBA PROTIV FINANCIRANJA TERORIZMA

Članak 32.

1. Osiguratelj zadržava pravo na odbijanje sklapanja Ugovora o osiguranju, odnosno zadržava pravo na jednostrani raskid Ugovora o osiguranju i/ili zamrzavanje sredstava ako su ugovaratelj ili s njim povezane osobe evidentirane na međunarodnim popisima uspostavljenima radi sprječavanja financiranja terorizma.

Informacije ugovaratelju osiguranja prije sklapanja Ugovora o osiguranju

U skladu s čl. 380. Zakona o osiguranju Groupama osiguranje d. d. kao Osiguratelj prije sklapanja Ugovora o osiguranju obavještava ugovaratelja osiguranja o sljedećim informacijama i podacima:

Osiguratelj: Groupama osiguranje d. d., Sjedište Osiguratelja: Zagreb, Ulica grada Vukovara 284, OIB: 98164456048.

Nadležni registar upisa: sudski registar Trgovačkog suda u Zagrebu, pod MBS: 080690419, OIB: 98164456048

Dozvola za sklapanje i ispunjavanje ugovora o osiguranju u skupini životnih osiguranja izdana od Hrvatske agencije za nadzor financijskih usluga: Klasa: UP/I-453-02/07-30/64, Ur broj: 326-112-08-35 od 23. prosinca 2008. g.

Izvjешće o solventnosti i financijskom stanju Osiguratelja: <https://www.groupama.hr/o-nama/financijski-izvjestaji/>

Elektronička pošta i internetska stranica Osiguratelja: info@groupama.hr, www.groupama.hr

Osigurani rizici na temelju Ugovora o osiguranju

Osigurani rizici su:

- smrt
- smrt zbog nesretnog slučaja
- smrt zbog prometne nezgode
- potpuna trajna invalidnost kao posljedica nesretnog slučaja
- boravak u bolnici zbog liječenja od posljedice nesretnog slučaja
- lom kostiju kao posljedica nesretnog slučaja
- nastup teške bolesti
- nošenje gipsa dulje od 25 dana
- troškovi kozmetičke operacije uslijed nesretnog slučaja

Uvjeti osiguranja

Na Ugovor o osiguranju primjenjuju se ovi Opći uvjeti, te čine njegov sastavni dio.

Uvjeti osiguranja i Ugovor o osiguranju sastavljeni su na hrvatskom jeziku.

Sva komunikacija u vezi s ovim Ugovorom odvija se na hrvatskom jeziku.

Rok u kojem ponuda obvezuje ponuditelja, pravo na opoziv ponude za sklapanje Ugovora o osiguranju i pravo na odustanak od sklopljenog Ugovora o osiguranju

Ponuda učinjena Osiguratelju za sklapanje ugovora o osiguranju veže Ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, na vrijeme od 8 dana otkad je ponuda iskazana Osiguratelju, a ako je potreban liječnički pregled, onda na vrijeme od 30 dana, a Ponuditelj je može opozvati samo ako je Osiguratelj primio opoziv prije ili istodobno s ponudom.

Ugovaratelj osiguranja ima pravo odustati od Ugovora o osiguranju u skladu s člankom 5. st. 1 Općih uvjeta.

Vrijeme trajanje osiguranja

Ugovor o osiguranju sklapa se na godinu dana te se produžuje iz godine u godinu na novo osigurateljno razdoblje od godinu dana pod uvjetom da je dospjela premija osiguranja podmirena u cijelosti.

Pokriće po osiguranju počinje u skladu s člankom 8. Općih uvjeta.

Uvjeti za prestanak i raskid Ugovora

Razlozi prestanka osiguranja i pokrića navedeni su u Općim uvjetima u članku 2. st. 3., članku 11., članku 17 st. 3.

Uvjeti raskida osiguranja navedeni su u članku 5. st. 2. i 3. i članku 11. ovih Općih uvjeta, te člancima 932. i 933. Zakona o obveznim odnosima.

Isključenja obveze Osiguratelja

Skrećemo pozornost na to da Opći uvjeti sadrže odredbe o isključenju obveza Osiguratelja za isplatu osiguranog iznosa, pa Vas upućujemo na to da ih pažljivo pročitate u odredbama članka 22. i članka 23. Općih uvjeta.

Premija osiguranja, osigurani iznos

Pisana obavijest o visini premije osiguranja, iznosu osiguranja za osnovno i dopunska pokrića, načinu plaćanja i trajanju plaćanja premije daje se prije sklapanja ugovora u Dokumentu s informacijama o proizvodu osiguranja te se dodatno navodi na Polici.

Osigurani iznos (pokriće) u slučaju smrti uslijed bolesti definiran je i u članku 15. st. 3., loma kostiju u članku 18. te boravka u bolnici u članku 16, potpune trajne invalidnosti u članku 17. ovih Općih uvjeta.

Način izračuna i plaćanja premije osiguranja određen je u članku 10. ovih Općih uvjeta.

Ugovorom nije predviđeno pokriće za slučaj doživljenja, te Ugovaratelj osiguranja prema ovim Općim uvjetima nema pravo na otkup Police osiguranja niti na njezinu kapitalizaciju. Prema ovom Ugovoru o osiguranju nema pripisa dobiti.

Iznosi Premija osiguranja predstavljaju ukupan iznos plaćanja od strane ugovaratelja osiguranja.

Postupak rješavanja pritužbi

Pravo Ugovaratelja osiguranja / Osiguranika, te korisnika osiguranja i drugih imatelja određenih prava i obveza (dalje u tekstu: podnositelji pritužbe) na podnošenje pritužbe regulirano je člankom 30. Općih uvjeta.

Zaštita osobnih podataka

Osiguratelj obrađuje osobne podatke Ugovaratelja osiguranja / Osiguranika na način prikazan u Informacijama o korištenju osobnih podataka, te općenito u skladu s Općom uredbom o zaštiti osobnih podataka EU 2016/679, te propisima koji reguliraju djelatnost osiguranja. Posrednik u osiguranju prije sklapanja Ugovora o osiguranju uručuje Ugovaratelju osiguranja i Osiguraniku Informacije o korištenju osobnih podataka, a koje se nalaze i na internetskim stranicama Osiguratelja: www.groupama.hr.

U skladu sa Zakonom o osiguranju društvima za osiguranje dopuštena je obrada zdravstvenih podataka ispitanika (Osiguranika) kada je s obzirom na samu vrstu osigurateljnog pokrića zdravstveno stanje ispitanika nužno za sklapanje i izvršavanje Ugovora o osiguranju te ostvarivanje zakonskih prava Osiguratelja po nastupu osiguranog slučaja.

Osiguratelj može obavljati aktivnosti izravne promidžbe kao svoj legitimni interes za vrijeme ugovornog odnosa, s time da Vi zadržavate pravo na pritužbu u skladu s Informacijama o korištenju osobnih podataka.

Mjerodavno pravo i nadzorno tijelo

Mjerodavno pravo je pravo Republike Hrvatske.

Nadzorno tijelo navedeno je u članku 29. Općih uvjeta.

Mjerodavno pravo kod Ugovora s međunarodnim elementom

Ako je Osiguranik fizička osoba koja ima uobičajeno boravište izvan Republike Hrvatske na Ugovor o osiguranju se primjenjuje pravo koje su ugovorne strane suglasno izabrale, a definirano je na Polici osiguranja.

Kod Ugovora o osiguranju s međunarodnim elementom, u skladu s Uredbom (EZ) br. 593/2008 Europskog parlamenta i Vijeća, ugovorne strane ovlaštene su izabrati kao mjerodavno pravo Republike Hrvatske ili pravo države čiji je Osiguranik državljanin.

Za Ugovor o osiguranju, u slučajevima kada ugovorne strane imaju pravo izbora, Osiguratelj kao mjerodavno predlaže pravo Republike Hrvatske.

U primjeni od 02.04.2024.