

Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode)

PG-ne
18-4-hr

Članak 1.: OPĆE ODREDBE

- (1) Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja, sklopljenog između ugovaratelja osiguranja (u daljnjem tekstu: ugovaratelj) i Triglav osiguranja d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).
- (2) Ovim Općim uvjetima uređuju se odnosi između Osiguratelja i ugovaratelja osiguranja za ugovorene oblike osiguranja za slučaj:
 - smrti uslijed nesretnog slučaja (nezgode),
 - trajnog invaliditeta,
 - privremene nesposobnosti za redovan rad,
 - boravka i liječenja u bolnici,
 - nastanka troškova liječenja.Ostali se slučajevi uređuju posebnim ili dopunskim uvjetima ili posebnim odredbama na polici osiguranja.
- (3) Izrazi navedeni u ovim Općim uvjetima znače:
 - ponuditelj - osoba koja želi sklopiti ugovor o osiguranju i s tim ciljem podnese pismenu ili usmenu ponudu Osiguratelju;
 - Osiguratelj – Triglav osiguranje d.d., koje temeljem sklopljenog ugovora o osiguranju preuzima pokriće osiguranog rizika;
 - ugovaratelj osiguranja - fizička ili pravna osoba koja sklopi ugovor o osiguranju s Osigurateljem;
 - korisnik - osoba kojoj se isplaćuje osigurani iznos odnosno naknada;
 - osiguranik - osoba od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja ovisi isplata osiguranog iznosa ili naknade;
 - osigurani iznos - ugovorna obveza Osiguratelja;
 - premija osiguranja - iznos kojeg je ugovaratelj dužan platiti po ugovoru o osiguranju;
 - ponuda – pisani podnesak ugovaratelja osiguranja na obrascu Osiguratelja, kojom ponuditelj iskazuje svoju volju za sklapanje ugovora o osiguranju;
 - polica - isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju;
 - invaliditet - potpuni ili djelomični gubitak opće radne sposobnosti kao posljedice nesretnog slučaja;
 - naknada iz osiguranja- iznos koji Osiguratelj isplaćuje i predstavlja obvezu Osiguratelju za određeni osigurani slučaj
 - list pokrića - privremeni dokaz o sklopljenom ugovoru o osiguranju, koji sadrži sve bitne sastojke ugovora o osiguranju.

Članak 2.: SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Pisana ponuda učinjena osiguratelju za sklapanje ugovora o osiguranju veže ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od osam dana otkad je ponuda prispjela osiguratelju, a ako je potreban liječnički pregled onda za vrijeme od trideset dana.
- (2) Ako je Osiguratelj spreman ponudu prihvatiti samo s posebnim uvjetima, osiguranje započinje onim danom kad je ugovaratelj pristao na posebne uvjete.

- (3) Smatra se da je ponuditelj odustao od ponude, ako na posebne uvjete nije pristao u roku od 8 dana po zaprimanju preporučene obavijesti Osiguratelja.
- (4) Ugovor o osiguranju je sklopljen kad ugovaratelj i Osiguratelj potpišu ponudu.
- (5) Ugovor o osiguranju je ništetan, ako je u trenutku njegova sklapanja već nastupio osigurani slučaj ili je bio u nastupanju ili je bilo izvjesno da će nastupiti ili je već tada prestala mogućnost da on nastane.

Članak 3.: OBLIK UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Ugovor o osiguranju, sporazumi o sadržaju ugovora o osiguranju i svi dodaci tom ugovoru su važeći ako su zaključeni u pisanom obliku.
- (2) Zahtjevi, obavijesti i izjave dane su pravovremeno, ako su podnesene u rokovima utvrđenim ovim Općim uvjetima, odnosno ukoliko se prije isteka roka pošalju preporučenim pismom. Danom primitka smatra se datum poštanskog žiga.

Članak 4.: SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

- (1) Moguće je osigurati osobe od 14 do 75 godina života. Osobe mlađe od 14 i starije od 75 godina moguće je osigurati po posebnim ili dopunskim uvjetima.
- (2) Osobe kojima je opća radna sposobnost umanjena zbog teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka u smislu članka 9. stavak (1), točka 6., osiguravaju se uz plaćanje povećane premije.
- (3) Osobe koje su potpuno lišene poslovne sposobnosti u svakom su slučaju isključene iz osiguranja, osim ako zakonskim propisima nije drukčije određeno.

Članak 5.: POJAM NESRETNOG SLUČAJA

- (1) Nesretnim slučajem smatra se nenadan, nepredviđen i o osiguranikovo volji neovisan događaj koji djeluje izvana i naglo na tijelo osiguranika te uzrokuje njegovu smrt, trajni invaliditet, privremenu nesposobnost za rad, boravak i liječenje u bolnici ili nastanak troškova liječenja.
- (2) Nesretni slučaj u smislu prethodnog stavka predstavlja ju posebice: pregaženost, sudar, udarac predmetom ili o kakav predmet, udar elek tričnom strujom ili udar groma, pad, pokliznuće, ranjavanje oružjem, drugim predmetima ili eksplozivnim tvarima, ubod kakvim predmetom, udarac ili ugriz životinje.
- (3) Nesretnim slučajem smatraju se i sljedeći nenadani, nepredviđeni i o volji osiguranika neovisni događaji
 - 1/ trovanje zbog konzumacije otrova u hrani ili kemijskih sredstava;
 - 2/ trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih oboljenja;
 - 3/ infekcija ozljede koja je nastala kao posljedica nesretnog slučaja;

4/ opekline vatrom ili električnom energijom, vrućim predmetima, tekućinama ili parom, kiselinom i lužinama;

5/ davljenje i utapanje;

6/ gušenje ili ugušenje uslijed zatrpavanja (zemljom, pijeskom i slično), kao i zbog udisanja pare ili plinova – osim profesionalnih oboljenja;

7/ prekomjerni tjelesni naponi, nagli tjelesni pokreti do kojih dođe bez vanjskog događaja, međutim samo ako uzrokuju najmanje istegnuće mišića, iščašenje zgloba, rupturu ligamenata, utvrđenih UZ pretragom, artroskopijom ili MRI-om, prijelom zdravih kostiju, lom stalnih – zdravih zubiju (zubiju koji nisu bili liječeni) koji su bili neposredno nakon ozljede utvrđeni u bolnici ilizdravstvenoj ustanovi

8/ djelovanjesvjetlosti, sunčevih zrakailitemperature, akojeosiguranik bio izložen takvom djelovanju zbog nesretnog slučaja koji se ne posredno prije toga dogodio ili zbog spašavanja ljudskog života.

- (4) Nesretnim slučajevima po istim uvjetima ne smatraju se:
- 1/ sve obične, zarazne i profesionalne bolesti, kao i bolesti koje se prenose ugrizom ili ubodom životinje (krpeljni meningitis, borelioza, malarija i slično);
 - 2/ bolesti pandemijskih razmjera sukladno proglasu i kriterijima nadležnih tijela (nadležna ministarstva, nadležni ministri, svjetske zdravstvene organizacije itd.)
 - 3/ stanja psihičkih disfunkcija (posttraumatski stresni poremećaj, depresivna i anksiozna stanja, organski poremećaj osobnosti i slično), bez obzira na uzrok;
 - 4/ trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu zbog izravnog oštećenja trbušne stijenke podneposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile i osim kile je klinički utvrđena ozljeda mekih dijelova trbušne stijenke na tom području;
 - 5/ infekcije i oboljenja koja nastanu kao posljedice raznih oblika alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina kože te aktinski uzrokovane bolesti;
 - 6/ anafilaktički šok, osim ako je nastao prilikom liječenja posljedica nesretnog slučaja;
 - 7/ prekomjerni tjelesni naponi, nagli tjelesni pokreti do kojih dođe bez vanjskog događaja koji ne uzrokuju posljedice, navedene u tč. 7. st. (3) istog članka;
 - 8/ intervertebralne kile (hernie disci intervertebralis), bez obzira na uzrok, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, cervikobrahi algija te ostalih oblika iritacija korijena živaca, miofascijalnih sindroma, kokcigodinija, ishialgija, fibrositisa i sve promjene slabinsko-križnog predjela koji su označeni analognim terminima te repetitivno (habitualno ili rekurentno) iščašenje ili istegnuće na istom zglobu bez obzira na uzrok;
 - 9/ odlijepljenje mrežnice (ablatio retinae) osim onog koje nastane prilikom izravnog udarca, odnosno ozljede zdravog oka i ozljeda je utvrđena u bolnici neposredno nakon nesretnog slučaja;
 - 10/ posljedice koje nastanu zbog delirium tremensa i djelovanja opojnih droga, drugih psihoaktivnih tvari ili psihoaktivnih lijekova;
 - 11/ posljedice medicinskih zahvata koji se izvode zbog liječenja ili sprječavanja bolesti;
 - 12/ patološke promjene na kostima, zubima, hrskavici i patološke epifiziolize;
 - 13/ zaraza virusima ili salmonelom te zaraza zbog konzumacije ostalih patogenih bakterija.

Članak 6.: TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU I OSIGURATELJNO POKRIĆE

- (1) Trajanje ugovora o osiguranje određeno je na polici osiguranje.
- (2) Ako je na polici naveden samo početak osiguranja, osiguranje se produžuje iz godine u godinu sve dok ga jedna ugovorna strana ne otkáže pisanim putem najkasnije 3 (tri) mjeseca prije isteka tekućeg razdoblja osiguranja.
- (3) Ako je osiguranje sklopljeno na rok dulji od pet godina, svaka strana može nakon proteka navedenog roka, uz otkazni rok od šest mjeseci, pisano izjaviti drugoj strani kako otkazuje ugovor.
- (4) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika bez obzira na to je li i koliko trajanje bilo ugovoreno, u 24:00 sata onoga dana, kad:
 - 1/ osiguranik umre ili se kod njega ustanovi 100 % invaliditet;
 - 2/ osiguranik postane radno nesposoban, duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti;
 - 3/ istekne godina osiguranja u kojoj je osiguranik navršio 75 godina života;
 - 4/ istekne rok po članku 12. stavak (1) ovih Općih uvjeta, a premija ili premijski obrok nije bio plaćen;
 - 5/ otkazan ugovor o osiguranje u smislu članka 18. ovih Općih uvjeta
- (5) Osigurateljno pokriće počinje u 24:00 sata onoga dana koji je na polici osiguranje naveden kao dan početka osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno, uz uvjet da je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja ili njezin prvi obrok i prestaje u 24:00 sata posljednjeg dana trajanja osiguranja.
- (6) Ako premija osiguranje ili njezin prvi obrok nisu u cijelosti plaćeni do dana koji je na polici osiguranje naveden kao dan početka osiguranja, tada osigurateljno pokriće počinje u 24:00 sata dana kada je u cijelosti uplaćena premija osiguranja ili njezin prvi obrok.
- (7) Ako je ugovor o osiguranju prestao prije isteka ugovorenog trajanja zbog isplate svote osiguranje za slučaj smrti ili trajnog invaliditeta, osiguratelj ima pravo na cjelokupni iznos premije za tekuće razdoblje osiguranje.
- (8) U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju prije isteka ugovorenog tajanja, osiguratelj ima pravo na dio premije do završetka dana do kojega je trajalo osiguranje.
- (9) Ako je osiguratelj s obzirom na ugovoreno trajanje osiguranje odobrio popust na premiju, u slučaju prijevremenog raskida ugovora o osiguranje osiguratelj ima pravo od ugovaratelja osiguranja zahtijevati razliku između obračunate premije i premije koja bi bila obračunata da je osiguranje bilo sklopljeno na stvarni rok trajanja osiguranje.

Članak 7.: MJESTO OSIGURANJA

- (1) Osiguranje vrijedi u svima zemljama svijeta, ako nije drugačije ugovoreno.

Članak 8.: OPSEG OBVEZE OSIGURATELJA

- (1) U slučaju preuzimanja jamstva za nesretne slučajeve u smislu ovih Općih uvjeta Osiguratelj isplaćuje:
- 1/ osigurani iznos za smrt, ako je uslijed nesretnog slučaja osiguranik umro, odnosno osigurani iznos za invaliditet, ako je uslijed nesretnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranika;
 - 2/ postotak osiguranog iznosa za invaliditet, koji odgovara postotku djelomičnog invaliditeta, ako je osiguranik zbog nesretnog slučaja postao djelomični invalid;
 - 3/ dnevnu naknadu po članku 16., stavak (7), ovih Općih uvjeta, ako je osiguranik zbog nesretnog slučaja bio privremeno nesposoban za obavljanje svojih redovnih radnih zadataka;
 - 4/ naknadu troškova liječenja po članku 16., stavak (8) i (9), ovih Općih uvjeta;
 - 5/ naknadu za bolnički dan po članku 16. stavak (10), ovih Općih uvjeta;
 - 6/ ostale ugovorne obveze po posebnim ili dopunskim uvjetima.
- (2) Obveza Osiguratelja po prethodnom stavku vrijedi za nesretne slučajeve koji nastanu pri onoj djelatnosti koja je u polici izričito navedena.
- (3) Obveza Osiguratelja priznata je za nesretne slučajeve nastale tijekom trajanja osigurateljnog jamstva i to samo za one posljedice nesretnog slučaja što su nastupile i bile utvrđene u medicinskoj dokumentaciji u prvoj godini po nesretnom slučaju.

Članak 9.: OGRANIČENJA OBVEZE OSIGURATELJA

- (1) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća veća premija, ugovoreni osigurani iznosi umanjuju se u omjeru između stvarno plaćene premije i premije koju bi trebalo platiti kad nesretni slučaj nastane:
- 1/ pri obavljanju posebno opasnih poslova kao što su: demontiranje mina, granata i drugih eksplozivnih sredstava, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo i nastupanje u posebno opasnim filmskim ulogama, izvođenje profesionalnih i vrhunskih sportskih aktivnosti, profesionalno ronjenje;
 - 2/ pri upravljanju i vožnji letjelicama i letećim napravama svih vrsta, osim za putnike u javnom prometu;
 - 3/ na utrkaama motornim vozilima bez obzira na kategoriju vozila i na treninzima za njih;
 - 4/ pri sportskom sudjelovanju na individualnim ili organiziranim treninzima i javnim sportskim natjecanjima, na kojima osiguranik sudjeluje kao registrirani član sportske organizacije ili društva;
 - 5/ zbog vojnih operacija ili ustanaka što su zatekli osiguranika izvan granica države ugovaratelja osiguranja, ako u njima nije aktivno sudjelovao;
 - 6/ kod osoba koje su preboljele kakvu težu bolest, ili su pri sklapanju ugovora o osiguranju teže bolesne, ili imaju prirodene ili stečene teže tjelesne mane ili nedostatke, zbog čega je njihova opća radna sposobnost po ovim Općim uvjetima umanjena za više od 50 %.

- (2) Zbog nesretnog slučaja što se osiguraniku dogodio kao suputniku pri vožnji vozilom čiji je vozač u trenutku nesreće vozio pod utjecajem alkohola, opojnih ili drugih psihoaktivnih tvari, Osiguratelj isplaćuje 75 % osiguranog iznosa. Jednaki dio osiguranog iznosa isplaćuje Osiguratelj i onda kad osiguranik prilikom nesretnog slučaja nije koristio zaštitnu kacigu ili nije bio vezan sigurnosnim pojasom, u skladu sa Zakonom o sigurnosti prometa na cestama. U slučaju ispunjenja dviju od gore navedenih radnji, Osiguratelj isplaćuje 65 % osiguranog iznosa.
- (3) Ako se osiguranik ne pridržava uputa liječnika, Osiguratelj nije dužan isplatiti osiguranici iznos, odnosno naknadu u cijelosti nego u razmjernom dijelu u odnosu na povećane posljedice što su zbog toga nastale.
- (4) Ako su na pogoršanje zdravlja uzrokovanog nesretnim slučajem utjecala i druga oboljenja, degenerativne promjene odnosno stanja ili mane, obveza Osiguratelja se umanjuje u odgovarajućem dijelu utjecaja oboljenja, degenerativnih promjena odnosno stanja ili mana koje se nisu prethodno manifestirale, Osiguratelj isplaćuje 75 % naknade iz osiguranje, a u slučaju kada su ta stanja bila već prethodno utvrđena na Osiguratelj isplaćuje 50 % naknade iz osiguranje.

Članak 10.: ISKLJUČENJE OBVEZE OSIGURATELJA

- (1) Isključene su sve obveze Osiguratelja koje nastanu:
- 1/ zbog potresa;
 - 2/ zbog vojnih operacija ili pobuna u državi ugovaratelja osiguranja;
 - 3/ zbog aktivnog sudjelovanja u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u njima sudjelovao pri obavljanju svojih radnih zadataka ili na poziv ovlaštenih tijela države ugovaratelja osiguranja;
 - 4/ pri upravljanju letjelicama i letećim napravama svih vrsta, plovni objekata, motornih i drugih vozila, bez propisane važeće dozvole za upravljanje vrstom, tipom, kategorijom i snagom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Smatra se da osiguranik ima propisanu vozačku dozvolu kad zbog pripreme i pri polaganju ispita za dobivanje službene dozvole vozi pod ne posrednim nadzorom osobe, koja po važećim propisima može podučavati. Posljedica po ovoj točki nema, kad neposjedovan je propisane važeće isprave nije imalo utjecaja na nastanak nesretnog slučaja;
 - 5/ zbog poremećaja svijesti, epileptičkog napada, kapi, infarkta ili bolesnog stanja osiguranika;
 - 6/ zbog pokušaja ili izvršenja samoubojstva;
 - 7/ zbog namjerno izazvanog nesretnog slučaja od strane ugovaratelja, osiguranika ili korisnika osiguranja. Ako ima više korisnika osiguranja, Osiguratelj nema nikakve obveze prema korisniku osiguranja koji je namjerno prouzročio nesretni slučaj;
 - 8/ zbog pripremanja, pokušaja ili izvršenja kaznenog djela, kao i pri bijegu nakon takvog djela;
 - 9/ kad je osiguranik sudjelovao u fizičkom obračunavanju ili ga je prouzročio verbalnim izazivanjem;

10/ zbog djelovanja alkohola, opojnih ili drugih narkotika na osiguranika u trenutku nesretnog slučaja.

Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola na osiguranika:

- ko je kao vozač motornoga vozila prilikom nesretnog slučaja imao u krvi više od 10,8 mil. mola (0,5 ‰) alkohola ili više od 21,6 mil. mola (1 ‰) alkohola pri drugim nesretnim slučajevima;

- ako je alkotest pozitivanako onemogućiti ili izbjege ustanovljavanje stupnja njegove alkoholiziranosti.

Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja opojnih ili drugih narkotika na osiguranika:

- ako se stručnim pregledom utvrdi da iskazuje znakove poremećenosti zbog uživanja opojnih ili drugih narkotika;

- ako onemogućiti ili izbjege ustanovljavanje prisutnosti opojnih ili drugih narkotika u njegovom organizmu.

11/ neposredno ili posredno zbog djelovanja atomske energije.

Članak 11.: PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

- (1) Premija se plaća unaprijed, odjednom za cijelu godinu osiguranja. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim obrocima, Osiguratelj pripada premija za cijelu godinu osiguranja. Osiguratelj ima pravo da od bilo koje isplate iz temelja predmetnog osiguranja naplati sve neplaćene obroke premije tekuće godine osiguranja.
- (2) Ugovaratelj osiguranje je dužan platiti premiju, ali je osiguratelj dužan primiti uplatu premije od svake osobe koja za to ima pravni interes da premija bude plaćena.
- (3) Ugovaratelj osiguranja je dužan platiti premiju na račun osiguratelja o vlastitom trošku. Ako se premija plaća putem pošte, banke ili neke druge ustanove za platni promet smatrat će se da je ugovaratelj osiguranje podmirio svoju obvezu prema osiguratelju na dan kada je takva ustanova primila od ugovaratelja osiguranje nalog za plaćanje i kada je taj nalog postao neopoziv u skladu s odredbama zakona kojim se uređuje platni promet.
- (4) Ako ugovaratelj osiguranje zakasni s plaćanjem premije, osiguratelj ima pravo obračunati zatezne kamate.
- (5) Mjesto plaćanja premije je mjesto u kojem ugovaratelj osiguranje ima svoje sjedište, odnosno prebivalište, ako ugovorom nije određeno neko drugo mjesto.

Članak 12.: POSLJEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

- (1) Ako ugovaratelj osiguranja premiju koja je dospjela nakon sklapanja ugovora o osiguranje ne plati u cijelosti, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu nakon isteka roka od 30 (trideset) dana od kada je ugovaratelju osiguranje uručeno preporučeno pismo osiguratelja s obavješću o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteci prije nego što protekne 30 (trideset) dana od dospelosti premije.
- (2) U svakom slučaju ugovor o osiguranje prestaje po samom zakonu ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

Članak 13.: PROMJENA ZANIMANJA TIJEKOM TRAJANJA OSIGURANJA

- (1) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik, dužan je prijaviti Osiguratelju promjenu svojih redovnih radnih zadataka i poslova, odnosno zanimanja. Ugovaratelj osiguranja je dužan bez odgađanja obavijestiti osiguratelja o povećanju rizika, ako je rizik povećan nekim njegovim postupkom, a ako se povećanje rizika dogodilo bez njegova sudjelovanja, dužan je obavijestiti ga u roku od četrnaest dana otkad je za to saznao ili mogao znati.
- (2) Ako je povećanje rizika toliko da Osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je takvo stanje postojalo u trenutku njegova sklapanja, on može raskinuti ugovor. Ali ako je povećanje rizika toliko da bi Osiguratelj sklopio ugovor samo uz veću premiju da je takvo stanje postojalo u trenutku sklapanja ugovora, on može ugovaratelju osiguranje predložiti novu stopu premije.
- (3) Ako ugovaratelj osiguranje ne pristane na novu stopu premije u roku od četrnaest dana od primitka prijedloga nove stope, ugovor prestaje po samom zakonu.

Članak 14.: PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

- (1) Osiguranik koji je ozlijeđen zbog nesretnog slučaja dužan je:
 - 1/ po mogućnosti bez odgađanja otići liječniku, odnosno pozvati liječnika zbog pregleda i pružanja pomoći, bez odgađanja poduzeti sve potrebno za liječenje te da se glede načina liječenja držati liječnikovih uputa i savjeta;
 - 2/ osigurati odgovarajuće dokaze o nastanku i tijeku nezgode;
 - 3/ Osiguratelju pisanim putem prijaviti nesretni slučaj, čim prije mu zdravstveno stanje to omogući;
 - 4/ u prijavi nesretnog slučaja Osiguratelju dati sve potrebne obavijesti i podatke koje Osiguratelj zahtijeva za rješavanje osiguranog slučaja, naročito o mjestu i vremenu kada se nesretni slučaj dogodio, potpuni opis nesretnog slučaja, ime liječnika koji ga je pregledao ili ga liječi, liječničke nalaze, fotokopiju evidencije bolesti kod osobnog liječnika i drugu dokumentaciju o tijeku liječenja, vrsti tjelesnih ozljeda, o nastalim i eventualnim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima koje je imao prije nesretnog slučaja;
- (2) Ako je nesretni slučaj prouzročio smrt osiguranika, nositelj prava na osiguranje dužan je isto bez odgađanja prijaviti Osiguratelju i po brinuti se o potrebnoj dokumentaciji.
- (3) Za utvrđivanje važnih okolnosti povezanih s prijavljenim nesretnim slučajem Osiguratelj ovlašćuje, a osiguranik i korisnik osiguranja dužni su ovlastiti Osiguratelja za ishođenje svih potrebnih podataka i pojašnjenja od bilo koje druge pravne ili fizičke osobe.

Članak 15.: UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA OSIGURANJA

- (1) Ako je zbog nesretnog slučaja osiguranik umro, korisnik osiguranja mora Osiguratelju podnijeti na uvid policu i dokaze da je smrt bila posljedica nesretnog slučaja. Ako osoba koja nastupa kao korisnik osiguranja nije kao takva izričito navedena u ugovoru o osiguranju, mora dokazati i svoje pravo na primanje osiguranog iznosa.
- (2) U slučaju invaliditeta zbog nesretnog slučaja, osiguranik mora Osiguratelju podnijeti na uvid policu, dokaze o okolnostima nastanka nesretnog slučaja i dokaze o utvrđenim posljedicama za određivanje konačnog stupnja trajnog invaliditeta.
- (3) Stupanj invaliditeta određuje se prema Tablici za određivanje trajnog gubitka opće radne sposobnosti zbog nesretnog slučaja (u daljnjem tekstu: Tablica invaliditeta). Osiguranikove individualne sposobnosti, socijalni položaj ili djelokrug rada (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir pri određivanju stupnja invaliditeta.
- (4) Pri gubitku više udova ili organa zbog jednog nesretnog slučaja, postoci invaliditeta se za svaki pojedini ud ili organ zbrajaju.
- (5) Ako zbroj postotaka invaliditeta za gubitak ili oštećenje više udova ili organa zbog jednog nesretnog slučaja po Tablici iznosi više od 100 %, Osiguratelj nije dužan isplatiti više nego što iznosi osiguranik iznos za potpuni invaliditet.
- (6) Za višestruke ozljede na istom ud ili organu Osiguratelj je dužan isplatiti najviše onaj postotak invaliditeta koji je po Tablici određen za potpuni gubitak uda ili organa odnosno dijela uda ili organa.
- (7) Ako je osiguranikova opća radna sposobnost već prije nesretnog slučaja bila umanjena, obveza Osiguratelja se određuje po novom invaliditetu neovisno o prijašnjem, osim u slučaju ako osiguranik izgu bi ili oštetiti već prije oštećeni ud, organ ili zglob. U takvom slučaju Osiguratelj isplaćuje samo razliku između prijašnjeg i novog stupnja invaliditeta, no najviše razliku do invaliditeta koji je po Tablici predviđen za nepokretnost zgloba odnosno potpuni gubitak uda ili organa odnosno dijela uda ili organa.
- (8) Ako je osiguranik zbog nesretnog slučaja prolazno nesposoban za rad, o tome mora Osiguratelju podnijeti potvrdu liječnika koji ga je liječio. Ta potvrda mora pored liječničkog nalaza prema članku, 14. stavak (1), točka 3., ovih Općih uvjeta sadržavati također i potpunu dijagnozu, točne podatke o tome kada se počeo liječiti zbog nesretnog slučaja i do kojega dana je trajalo liječenje posljedica nesretnog slučaja.
- (9) Ako je zbog nesretnog slučaja potreban boravak i liječenje u bolnici, te je ugovorom o osiguranju ugovorena i naknada za bolnički dan, osiguranik je dužan odmah po okončanoj liječenju Osiguratelju dostaviti izvornu potvrdu o boravku u bolnici koja mora sadržavati prezime, ime te adresu osiguranika, njegov datum rođenja, datum prijema i otpusta iz bolnice, dijagnozu i tijek liječenja.
- (10) Za osigurane slučajeve za koje postoji obveza Osiguratelja po ugovoru o osiguranju, osiguraniku ili korisniku osiguranja nadoknadit će se dokazani troškovi za ispunjenje liječničkih uvjerenja što ih je pored dokumenata navedenih u članku 14., stavak (1), točka 3., te članku 15. ovih Općih uvjeta dodatno i izričito zahtijevao Osiguratelj. Osiguratelj ima pravo o svom trošku poduzeti sve potrebno za pregled osiguranika kod liječnika, liječničkih komisija ili zdravstvenih ustanova.

Članak 16.: ISPLATA OSIGURANOG IZNOSA

- (1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti osigurninu određenu ugovorom u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od četrnaest dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.
- (2) Ukoliko je za utvrđivanje postojanja Osigurateljeve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti osigurninu određenu ugovorom u roku od trideset dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan. Ako se naknada iz osiguranja isplaćuje putem pošte ili banke, smatra se da je isplata izvršena u 24:00 sata onoga dana kad je na pošti ili banci bila potvrđena uplata. Ako Osiguratelj ne izvrši isplatu u navedenom roku, korisnik osiguranja ima pravo na zakonske zatezne kamate..
- (3) Ako iznos osigurateljeve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1. i 2. ovog članka, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.
- (4) Ako osiguranik umre prije isteka godine dana od dana nastanka nesretnog slučaja od posljedica tog istog nesretnog slučaja, a stupanj invaliditeta je već bio ustanovljen, Osiguratelj isplaćuje osiguraniku iznos za smrt, odnosno razliku između osiguranog iznosa za smrt i iznosa što ga je već bio prije toga isplatio za invaliditet.
- (5) Ako stupanj invaliditeta nije bio određen, a osiguranik umre od posljedica istog nesretnog slučaja, Osiguratelj isplaćuje osiguraniku iznos za smrt odnosno razliku između tog iznosa i eventualno već prije isplaćene akontacije za invaliditet, ali samo ako je osiguranik umro najkasnije u roku tri godine od dana nastanka nesretnog slučaja.
- (6) Ako osiguranik umre u roku od tri godine od nastanka nesretnog slučaja zbog bilo kojeg drugog uzroka osim uzroka navedenog u prethodnom stavku ovog članka, a stupanj invaliditeta još nije bio utvrđen, invaliditet se određuje na temelju postojeće medicinske dokumentacije.
- (7) Ako nesretni slučaj ima za posljedicu privremenu nesposobnost za rad osiguranika i prema ugovoru o osiguranju dogovorena je isplata dnevne naknade, Osiguratelj isplaćuje osiguraniku istu naknadu u ugovornoj visini od dana određenog u polici (dogovorena karenca). Ako isti dan nije određen, vrijedi od prvog dana poslije dana kada je počelo liječenje kod liječnika ili u zdravstvenoj ustanovi. Osiguratelj isplaćuje dnevnu naknadu do nastupa prvog od sljedećih slučajeva: posljednji dan trajanja privremene nesposobnosti za rad, smrt osiguranika, utvrđivanja konačnog stupnja invaliditeta, a u svakom slučaju dnevna naknada isplaćuje se najviše za prvih 200 dana privremene nesposobnosti za rad i samo za privremenu nesposobnost za rad koja je nastupila u prve tri godine nakon nesretnog slučaja. Dnevna naknada ne isplaćuje se za vrijeme privremene nesposobnosti za rad nakon utvrđenja konačnog stupnja invaliditeta, osim ako se zdravstveno stanje pogorša prije isteka tri godine od nastupa nesretnog slučaja i promijeni se konačni stupanj invaliditeta. Dnevnu naknadu priznaje odnosno određuje Osiguratelj na temelju medicinske dokumentacije. Dnevna naknada priznaje se samo ako je osiguranik zbog nesretnog slučaja bio privremeno nesposoban za obavljanje svojih redovnih radnih zadataka i ako je podnio potvrdu o opravdanom

izostanku s posla. U slučaju prisutnosti na radu, unatoč imobilizaciji ili kod drugog oblika liječenja, dnevna se naknada ne priznaje. U slučaju skraćenog radnog vremena osiguranika zbog nesretnog slučaja dnevna se naknada priznaje u proporcionalnom udjelu. Dnevna se naknada ne priznaje za vrijeme čekanja na izvođenje fizikalne terapije, određene pretrage, operacije ili prijma u bolnicu. Ako je osiguranik samozaposlena osoba, privremenom nesposobnošću za rad smatra se samo opravdana spriječenost za rad (otvoreno bolovanje) sukladno zakonu koji uređuje zdravstvenu zaštitu zdravstveno osiguranje.

- (8) Ako je ugovorom o osiguranju ugovoren i povrat troškova liječenja, Osiguratelj će nadoknaditi osiguraniku - bez obzira na to ima li kakvih drugih posljedica - po podnesenim dokazima, sve stvarne i nužne troškove liječenja, ali najviše do iznosa navedenog u polici. U te troškove ubraja se i liječenje u lječilištima, ali samo ako je osiguranik tamo bio upućen u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju u svezi s korištenjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (9) U troškove liječenja iz prethodnog stavka ubrajaju se još i troškovi za umjetne udove i zamjenu zuba i troškovi za nabavu drugih pomagala, ako je to po procjeni liječnika potrebno. Osiguratelj je dužan nadoknaditi samo one troškove liječenja koje mora plaćati i sam osiguranik.
- (10) Ako je zbog nesretnog slučaja potreban boravak i liječenje u bolnici te je ugovorom o osiguranju ugovorena i naknada za bolnički dan, Osiguratelj isplaćuje ugovoreni iznos za bolnički dan za svaki kalendarski dan boravka osiguranika u bolnici, no najviše za 365 dana u dvije godine od dana nastanka nesretnog slučaja. U bolnice u smislu gornjeg stavka ubrajaju se opće, specijalističke bolnice i klinike, čija je djelatnost produbljena dijagnostika i liječenje. Lječilišta, domovi i ustanove za rekreaciju ili odmor ne ubrajaju se u bolnice.
- (11) Ako nesretni slučaj ima za posljedicu osiguranikovu smrt ili invaliditet, Osiguratelj isplaćuje korisniku osiguranja ili osiguraniku osigurani iznos ili njegov dio koji je ugovoren za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za privremenu nesposobnost za rad, naknadu za bolnički dan i povrat troškova liječenja.

Članak 17.: PRAVO NA NAKNADU

- (1) U osiguranju po ovim Općim 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 Općim uvjetima.

Članak 18.: OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju s neodređenim trajanjem ukoliko ugovor nije prestao po kojem drugom temelju. Osiguranje se otkazuje u pisanom obliku, najmanje tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen na više od 5 godina, po isteku tog roka svaka ugovorna strana može otkazati ugovor s otkaznim rokom od šest mjeseci, s tim da to u pisanom obliku priopći drugoj strani.

Članak 19.: ZASTARA

- (1) Zahtjevi iz ugovora o osiguranju od posljedica nesretnog slučaja zastarijevaju po odredbama Zakona o obveznim odnosima.

Članak 20.: ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

- (1) Korisnik osiguranja za slučaj osiguranikove smrti određuje se na polici.
- (2) Ako u polici ili u Dopunskim uvjetima nije drugačije ugovoreno, korisnici osiguranja u slučaju osiguranikove smrti su:
 - 1/ osiguranikova djeca i bračni drug u jednakim dijelovima;
 - 2/ ako nema bračnog druga, osiguranikova djeca u jednakim dijelovima;
 - 3/ ako nema djece, bračni drug i osiguranikovi roditelji. U tom slučaju bračnom drugu pripada polovica osiguranog iznosa, a druga polovica roditeljima odnosno onome od roditelja koji je na životu. Ako su osiguranikovi roditelji umrli prije osiguranika, cijeli osigurani iznos pripada bračnom drugu;
 - 4/ ako nema bračnog druga i djece, osiguranikovi roditelji u jednakim dijelovima. Ako je živ samo jedan od roditelja, pripada mu cijeli osigurani iznos;
 - 5/ ako nema osoba navedenih u prethodnim točkama ovog stavka, korisnici osiguranja su nasljednici ugovaratelja temeljem pravomoćnog sudskog rješenja.
- (3) Korisnici bližeg reda isključuju pravo na osigurani iznos za slučaj smrti korisnika daljeg reda.
- (4) Bračnim drugom se smatra osoba koja je bila u braku s osiguranikom u trenutku njegove smrti.
- (5) Za slučaj invaliditeta, privremene nesposobnosti za rad, kao i za povrat troškova liječenja, korisnik osiguranja je osiguranik sam, ako nije drukčije ugovoreno.
- (6) Ako je korisnik osiguranja maloljetna osoba, naknada iz osiguranja se isplaćuje njegovim roditeljima odnosno skrbniku. Osiguratelj može od skrbnika zahtijevati da u tu namjenu prethodno pribavi rješenje nadležnog organa skrbništva na prijam osiguranog iznosa, odnosno naknade, koja pripada maloljetnoj osobi.

Članak 21.: IZVANSUDSKO I SUDSKO RJEŠAVANJE SPOROVA

- (1) Stranke su suglasne da će sve sporove proizašle iz ovog ugovora rješavati mirnim putem.
- (2) Ugovaratelj osiguranja, osiguranik, te korisnik osiguranja suglasni su da će o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa s Osigurateljem izvijestiti Osiguratelja bez odgađanja odnosno najkasnije u roku 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja odluke Osiguratelja ili od dana saznanja za razlog prigovora.
- (3) Pritužba je izjava nezadovoljstva upućena Osiguratelju od strane ugovaratelja osiguranja, osiguranika ili korisnika osiguranja koja se odnosi na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenje obveza iz ugovora o osiguranju.

Pritužba može biti podnesen zbog:

- postupanja društva za osiguranje odnosno osobe koja za Osiguratelja obavlja poslove zastupanja u osiguranju
- odluke Osiguratelja u vezi s ugovorom o osiguranju ili izvršenjem ugovora o osiguranju
- postupanju Osiguratelja u vezi s rješavanjem zahtjeva iz ugovora o osiguranju

(4) Pritužbe strane dostavljaju

1/ u pisanom obliku iz kojeg se sa sigurnošću može razaznati sadržaj obavijesti, potpis podnositelja obavijesti te vrijeme slanja obavijesti i to na:

- a. adresu sjedišta Osiguratelja u Zagrebu, A. Heinza 4
- b. adresu najbližeg prodajnog ureda,
- c. e-mailom na adresu prigovor@triglav-osiguranje.hr
- d. putem telefaksa na broj : 01 5632 709

2/ usmenom izjavom na zapisnik kod Osiguratelja na adresi sjedišta Osiguratelja u Zagrebu ili na adresu najbližeg prodajnog ureda,

(5) [5] Pritužba treba sadržavati:

1/ ime, prezime i adresu podnositelja prigovora fizičke osobe ili njegovog zakonskog zastupnika odnosno tvrtku, sjedište, ime i prezime odgovorne osobe podnositelja prigovora koji je pravna osoba,

2/ jasne razloge prigovora podnositelja prigovora i njegove zahtjeve,

3/ dokaze kojima se potvrđuju navodi iz prigovora kada ih je moguće priložiti, dokazne isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se prigovor podnosi kao i prijedloge za izvođenje dokaza,

4/ datum podnošenja prigovora i potpis podnositelja prigovora odnosno osobe koja ga zastupa,

5/ punomoć za zastupanje, kada je prigovor podnesen po punomoćniku.

O pritužbi u prvom stupnju odlučuju nadležne organizacijske jedinice na koje se prigovor odnosno pritužba odnosi i to najkasnije u roku 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja prigovora. Ako ocjeni potrebnim, ovlaštena osoba koja odlučuje o pritužbi može zahtijevati dostavu dodatnih dokaza.

Po završenom postupku u prvom stupnju, Osiguratelj će, zaprimljenu pritužbuna odluku iz prethodnog stavka ovog članka uputiti drugostupanjskoj komisiji. Drugostupanjska komisija Osiguratelja sastoji se od najmanje 3 (tri) člana, od kojih je najmanje jedan diplomirani pravnik. Odgovor drugostupanjske komisije dostavlja se u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja pritužbe stranke.

Svi sporovi koji proizlaze iz ovog ugovora o osiguranju ili su 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, stranke suglasno mogu uputiti na mirenje pri Centru za mirenje Hrvatskog ureda za osiguranje ili drugoj organizaciji za mirenje. Ukoliko ti sporovi ne budu riješeni mirenjem, stranke neće imati nikakvih obveza prema ovoj odredbi.

Ukoliko ti sporovi ne budu riješeni mirenjem u roku od 60 (šezdeset) dana od dana podnošenja prijedloga za pokretanje postupka mirenja ili u drugom roku o kojem se stranke dogovore, stranke su ovlaštene pokrenuti sudski postupak.

- (6) U slučaju da se unatoč nastojanju sporazumnog rješenja spora sukladno gornjem opisu postupanja ne uspije postići mirno rješenje spora, za sudske sporove mjesno je nadležan stvarno nadležan sud prema mjestu sklapanja ugovora o osiguranje.

Članak 22.: NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

- (1) Za sudske sporove mjesno je nadležan stvarno nadležan sud u Zagrebu.

Članak 23.: SANKCIJSKA KLAUZULA

- (1) Osiguratelj ne pruža pokriće osiguranja te nema obvezu plaćanja potraživanja, plaćanja zahtjeva ili plaćanja bilo kakvih drugih pogodnosti, bez obzira na odredbe ugovora o osiguranju, ako bi takva isplata po zahtjevu ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti izložilo osiguravatelja bilo kakvim sankcijama, zabranama ili ograničenjima na osnovu rezolucija Ujedinjenih naroda, trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, kršenju zakona te propisa Europske unije, Velike Britanije ili Sjedinjenih Američkih Država.

Članak 24.: ZAVRŠNE ODREDBE

- (1) Sastavni dio Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja je Tablica invaliditeta za određivanje trajnog gubitka opće radne sposobnosti zbog nesretnog slučaja.
- (2) Na odnose između Osiguratelja i ugovaratelja osiguranja koji nisu uređeni ovim Općim uvjetima, primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim odnosima.
- (3) Osiguratelj se obvezuje da će zdravstvene podatke osiguranika brižno čuvati, sukladno Zakonu o zaštiti osobnih podataka, Zakonu o osiguranju te Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.
- (4) Na osnovu članka 24. Općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode), Tablica invaliditeta za određivanje trajnog gubitka opće radne sposobnosti zbog nesretnog slučaja (nezgode) sastavni je dio Općih uvjeta i svakog pojedinačnog ugovora za osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode).
- (5) Za određivanje stupnja trajnog gubitka opće radne sposobnosti za sva osiguranja od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) koriste se isključivo odredbe ove Tablice.

Za izvođenje nadzora nad osiguravajućim društvom nadležna je Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga (HANFA). Ovi Opći uvjeti s oznakom PG-NE/18-04-hr primjenjuju se danom donošenja