

Opći uvjeti za osiguranje profesionalne odgovornosti pružatelja zdravstvenih usluga

Izrazi navedeni u ovim Općim uvjetima imaju sljedeće značenje:

- osiguratelj

Triglav osiguranje d.d., koje temeljem sklopljenog ugovora o osiguranju preuzima pokriće osiguranog rizika;

- ugovaratelj osiguranja

osoba koja sklapa ugovor o osiguranju s osigurateljem;

- osiguranik

pružatelj usluga zdravstvene zaštite, čiji su imovina i imovinski interes osigurani; mogu biti fizičke (liječnik, drugi zdravstveni radnik ili zdravstveni suradnik, koji obavljaju poslove u zdravstvenoj djelatnosti sukladno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i podzakonskim propisima: u nastavku: zdravstveno osoblje) ili pravne osobe javnoga ili privatnoga prava koje pružaju usluge zdravstvene zaštite sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i podzakonskim aktima;

- zdravstvena zaštita

medicinski zahvati, mjere i druge zdravstvene usluge i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju te druge usluge odnosno postupci koje osiguranici obavljaju prilikom obrade pacijenta;

- pacijent

svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja, sprečavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije;

- stručna pogreška

nepravilno odnosno nestručno postupanje zdravstvenoga osoblja prilikom obavljanja poslova zdravstvene zaštite;

- polica

isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju;

- premija

iznos koji ugovaratelj osiguranja plaća osiguratelju u skladu sa sklopljenim ugovorom o osiguranju;

- odbitna franšiza

iznos s kojim osiguranik sudjeluje u šteti;

- osigurnina

iznos koji osiguratelj isplaćuje oštećeniku u skladu s ugovorom o osiguranju.

1. članak – OSIGURANE OPASNOSTI

Osiguratelj jamči za štete nastale zbog odštetnih zahtjeva pacijenata ili njihovih srodnika (u nastavku: oštećenici) koje oštećenici podnose protiv osiguranika zbog nastale pravno priznate štete na osobama koja je posljedica postupanja zdravstvenoga osoblja za koje osiguranik odgovara u vezi sa zdravstvenom zaštitom pacijenata.

2. članak – NEOSIGURANE OPASNOSTI

Isključeno je osigurateljno pokriće za štetu:

- 1) zbog svjesnoga postupanja suprotno važećim propisima;
- 2) zbog povrede osobnosti pacijenta i kršenja prava na obaviještenost;
- 3) zbog kršenja prava pacijenta na poštivanje unaprijed izražene volje;
- 4) zbog postupanja koje zdravstveno osoblje ne propusti ili učini, iako bi obzirom na konkretne okolnosti moralo očekivati štetnu posljedicu takvoga postupanja;
- 5) zbog postupanja usprkos znanju zdravstvenoga osoblja o nepotpunosti zdravstvene dokumentacije i manjkavosti medicinskih pomagala;
- 6) koja je nastala jer je zdravstveni radnik radio pod utjecajem alkohola, drugih intoksikanata ili narkotika;
- 7) koja nastane zbog preopterećenosti zdravstvenoga radnika (npr. zbog kršenja propisanoga maksimuma radnih sati);
- 8) koja nastane jer prethodno nisu bile otklonjene rizične okolnosti u skladu sa zahtjevima osiguratelja. Osobito rizičnom smatra se u dvojbi okolnost zbog koje je već nastala šteta;
- 9) koja prelazi opseg osiguranikove odgovornosti za štetu temeljem zakona;
- 10) koja je uobičajena, odnosno neizbježna posljedica pružanja zdravstvene zaštite (npr. ožiljci, otvrdnuće zglobova, amputacije);
- 11) prouzročenu zahvatima plastične kirurgije, osim u slučajevima rekonstrukcijske kirurgije zbog posljedica nezgoda ili prirodnih deformacija;
- 12) na području djelovanja krvnih banaka i banaka spolnih stanica;
- 13) zbog bilo kakvih mikroskopskih oštećenja tkiva odnosno stanica ili genetskih oštećenja koja su neizravna ili izravna posljedica izloženosti ionizirajućem zračenju odnosno laserskom, UV ili rendgenskom zračenju;
- 14) koja je nastala zbog zaraze virusom HIV, virusom poznatih vrsta hepatitisa ili bilo koje druge virusne, bakterijske ili drukčije zaraze;
- 15) koja proizlazi iz kliničkih ispitivanja lijekova ili drugih kliničkih ispitivanja;
- 16) zbog korištenja lijekova za smanjenje tjelesne težine;
- 17) zbog stomatoloških postupaka pod utjecajem opće anestezije;
- 18) koja proizlazi iz postupaka oplodnje s biomedicinskom pomoći ili umjetnog prekida trudnoće;
- 19) zbog bilo kakvih kaznenih sankcija protiv ugovaratelja osiguranja ili osiguranika;
- 20) zbog bilo kakvih odšteta koje nemaju svrhu naknade štete (kaznene odštete);
- 21) zbog oštećenja, uništenja ili nestanka stvari pacijenta ili zbog čiste imovinske štete (štete koja nije posljedica povreda osoba ili oštećenja stvari);
- 22) koja nastane pored razumno predvidive štete u okviru obavljene zdravstvene zaštite;
- 23) koju prouzroče letjelice i vodena plovila svih vrsta kao i kopnena motorna vozila u pokretu;
- 24) koja je posljedica izvanrednih događaja (rat, ratu slični događaji i neprijateljstva, ekološke katastrofe, prirodne nesreće, nuklearne radijacije ili kontaminacije itd.);
- 25) nastalu zbog izravne ili neizravne izloženosti azbestu u bilo kakvom obliku i u bilo kojoj količini;
- 26) zbog regresnih zahtjeva zavoda za zdravstveno, mirovinsko i invalidsko osiguranje, društava za zdravstveno osiguranje ili drugih posrednih oštećenika, osim srodnika pacijenta.

3. članak – IZNOS OSIGURANJA

- (1) Jamstvo osiguratelja za pojedinačni osigurani slučaj određeno je visinom ugovorenog iznosa osiguranja.
- (2) Osiguratelj za sve osigurane slučajeve u godini dana zajedno isplaćuje najviše onaj iznos osigurnine koji ne prelazi ugovoreni iznos osiguranja (godišnji agregat), ako policom osiguranja nije drugačije ugovoreno.
- (3) U slučaju isplate godišnjeg agregata osiguranje se može nastaviti samo ako je to posebno ugovoreno. U tom slučaju premija se određuje zasebno.

4. članak – OSIGURANI SLUČAJ

- (1) Osiguratelj jamči za odštetne zahtjeve koje oštećenici postave protiv osiguranika za vrijeme trajanja osiguranja odnosno, ako je to posebno ugovoreno, i u produljenom razdoblju postavljanja odštetnih zahtjeva, te isti izviru iz stručne greške počinjene za vrijeme trajanja osiguranja, a šteta istovremeno nije pokrivena po nekoj drugoj polici osiguranja koju osiguranik ima odnosno imao ju je sklopljenu. Odštetni zahtjevi moraju biti prijavljeni osiguratelju u najkraćem mogućem roku, a najkasnije u roku od 30 dana od dana kada je protiv ugovaratelja osiguranja podnesen odštetni zahtjev.
- (2) Odštetnim zahtjevom smatra se:
 - 1) bilo kakva pisana obavijest potencijalnog oštećenika ugovaratelju osiguranja ili osiguratelju o tome da je osiguranik odgovoran za štetu nastalu zbog počinjene stručne pogreške zdravstvenog osoblja;
 - 2) bilo kakav sudski, medijacijski, arbitražni ili drugi postupak pokrenut protiv ugovaratelja osiguranja ili osiguratelja na temelju kojega bi osiguranik mogao biti proglašen odgovornim za nastalu štetu.
- (3) Ako ugovaratelj osiguranja za vrijeme trajanja osiguranja sazna okolnosti na temelju kojih se može osnovano očekivati da će protiv ugovaratelja osiguranja biti podnesen odštetni zahtjev te je ta okolnost pismeno prijavljena osiguratelju za vrijeme trajanja osiguranja, smatra se da je odštetni zahtjev koji bude podnesen naknadno zbog te okolnosti, prvi put podnesen onda kada je osiguratelju prijavljena okolnost na temelju koje je kasnije stvarno i podnesen odštetni zahtjev. Pismena prijava osiguratelju mora sadržavati pojedinosti o okolnosti koja bi mogla dovesti do podnošenja odštetnoga zahtjeva, identitetu potencijalnoga oštećenika i identitetu osobe koja je povezana s događajem.
- (4) Ako iz iste stručne pogreške zdravstvenoga osoblja ugovaratelja osiguranja izvire više odštetnih zahtjeva, smatra se da je nastao jedan osigurani slučaj bez obzira na broj oštećenika odnosno odštetnih zahtjeva. Kao vrijeme nastanka osiguranog slučaja uzima se u obzir prvi poznati odštetni zahtjev. Smatra se da je nastao jedan osigurani slučaj i ako je više odštetnih zahtjeva posljedica više stručnih grešaka koje se mogu pripisati istim okolnostima i mogu se povezati pravno, gospodarski ili vremenski.
- (5) Ako se stručna pogreška sastoji od propuštanja, smatra se da je počinjena na zadnji dan kada bi radnja morala biti izvršena da šteta ne nastane.

5. članak - PRODULJENO RAZDOBLJE PODNOŠENJA ODŠTETNIH ZAHTJEVA

- (1) Ako osiguranik ili osiguratelj prekine ili ne obnovi police te pod uvjetom da osiguranje nije zamijenjeno osiguranjem koje nudi usporedivo pokriće, razdoblje podnošenja odštetnih zahtjeva automatski se produljuje za 30 dana. Produljeno razdoblje podnošenja odštetnih zahtjeva vrijedi za osigurane slučajeve o kojima je osiguratelj obaviješten u produljenom razdoblju podnošenja, ali samo ako proizlaze iz stručne pogreške počinjene za vrijeme trajanja osiguranja. Ako je to ugovorom o osiguranju posebno ugovoreno, osiguranik ima pravo dodatno produljiti razdoblje podnošenja odštetnih zahtjeva. U roku od 30 dana od prestanka osiguranja mora pisanom obavijesti i uz uplatu dodatne premije produljiti razdoblje u kojem je moguće podnositi odštetne zahtjeve u skladu s odredbom (1). i (2). stavka 4. članka. Pravo na dodatno pokriće prestaje ako osiguranik u roku od 30 dana nakon isteka osiguranja ne podnese pisanu molbu za dodatno razdoblje podnošenja zahtjeva i u tom roku ne plati dodatnu premiju. Osigurateljno pokriće vrijedi za cjelokupno razdoblje dodatnoga pokrića u okviru i u skladu s uvjetima osiguranja koji su bili na snazi u vrijeme isteka zadnje godine osiguranja i to u visini neiskorištenoga dijela iznosa osiguranja zadnje godine osiguranja.
- (2) Ako prekid ili neobnavljanje osiguranja zahtjeva osiguratelj zbog neplaćanja premije, osiguranik gubi pravo na produljenje razdoblja podnošenja odštetnih zahtjeva.
- (3) U slučaju kada osiguranik sklopi osiguranje s usporedivim pokrićem, prestaje pravo na produljeno razdoblje podnošenja odštetnih zahtjeva. Ako je osiguranik uplatom dodatne premije već produljio razdoblje podnošenja odštetnih zahtjeva, isto prestaje u trenutku sklapanja osiguranja s usporedivim pokrićem, a osiguratelj zadržava dodatno plaćenu premiju.

6. članak – MJESTO OSIGURANJA

Ako nije drukčije ugovoreno, osiguratelj jamči samo za one osigurane slučajeve koji su nastali prilikom pružanja zdravstvenih usluga na području Republike Hrvatske.

7. članak – OBVEZE OSIGURATELJA (OSIGURNINA)

- (1) Sastavni dio obveze osiguratelja su u okviru ugovorenog iznosa osiguranja i potrebni i razumni troškovi sporova i pravnih radnji te troškovi istraživanja pojedinačnog osiguranog slučaja zbog obrane pred neopravdanim ili prekomjernim odštetnim zahtjevima koji se izvode na temelju prethodne suglasnosti osiguratelja.
- (2) Ako je ugovorom o osiguranju dogovoreno da i osiguranik nosi dio štete (odbitna franšiza), osigurnina koju je dužan isplatiti osiguratelj umanjuje se za iznos odbitne franšize.

8. članak - OPASNE OKOLNOSTI

- (1) Prilikom sklapanja ugovora o osiguranju ugovaratelj osiguranja dužan je osiguratelju prijaviti sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika (težinu rizika) i za koje su mu poznate, odnosno nisu mu mogle ostati nepoznate. Okolnostima koje su značajne za ocjenu rizika smatraju se osobito okolnosti koje su poznate ugovaratelju osiguranja i na temelju kojih je određena i obračunata premija, kao i one koje su navedene u ugovoru o osiguranju. Te okolnosti ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu i zajednički odrediti.
- (2) Ugovaratelj osiguranja dužan je o svakoj promjeni okolnosti značajnih za ocjenu rizika za vrijeme trajanja osiguranja, koje su mu bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate, odmah pisano obavijestiti osiguratelja, koji prema tome može odgovarajuće prilagoditi premiju, izmijeniti uvjete osiguranja ili raskinuti ugovor o osiguranju.
- (3) Osiguranik je po potrebi osiguratelju dužan omogućiti pregled i reviziju rizika.

9. članak - SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Ugovor o osiguranju sklapa se na temelju pismene ponude.
- (2) Osiguratelj može nakon primitka ponude zahtijevati dopune ili pojašnjenja. Smatra se da je ponuda dostavljena osiguratelju, kada primi zahtijevane dopune ili pojašnjenja.
- (3) Odredbe o sklapanju ugovora o osiguranju primjenjuju se i onda kada se izmijeni postojeći ugovor o osiguranju, osim u slučaju izmjene uvjeta osiguranja ili premijskih cjenika.

10. članak - POČETAK I ISTEK OSIGURATELJNOG POKRIĆA

- (1) Obveza osiguratelja iz ugovora o osiguranju počinje nakon isteka 24. sata dana koji je u polici naveden kao početak osiguranja, ako je do toga dana plaćena prva premija, odnosno nakon isteka 24. sata dana kada je premija plaćena, ako nije drukčije ugovoreno.
- (2) Obveza osiguratelja prestaje nakon isteka 24. sata dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja. Ako je u polici naveden samo početak osiguranja, osiguranje se nastavlja iz godine u godinu dok ga jedna od ugovornih stranaka pismeno ne otkáže. Otkazati ga mora najkasnije 3 mjeseca prije dospelosti premije.
- (3) Ako je osiguranje sklopljeno na razdoblje dulje od pet godina, svaka strana može nakon proteka toga razdoblja otkazati ugovor uz otkazni rok od šest mjeseci, s tim da o tome pismeno obavijesti drugu stranu.

11. članak - PLAĆANJE PREMIJE

- (1) Prvu ili jednokratnu premiju ugovaratelj osiguranja mora platiti prilikom primitka isprave o osiguranju, a sljedeće premije prvi dan svake godine osiguranja.
Ako je ugovoreno da se premija plaća u obrocima, prilikom nastanka osiguranog slučaja dospijevaju na plaćanje svi premijski obroci tekuće godine osiguranja.
- (2) Ako je ugovoreno da se premija plaća u obrocima ili unazad, mogu se obračunavati zatezne kamate od iznosa premije za koju je ugovorena odgoda plaćanja. Ako obročna premija nije plaćena do dana dospijeca, mogu se obračunati zatezne kamate.
- (3) Ako je premija plaćena na pošti, danom plaćanja smatra se dan kada je premijski iznos pravilno uplaćen pošti. Ako je premija plaćena platnim nalogom, danom plaćanja smatra se dan kada je nalog prispio u banku osiguratelja.
- (4) Ako je obzirom na ugovoreno vrijeme osiguranja u ugovoru o osiguranju bila određena niža premija, a osiguranje je iz bilo kojeg razloga prestalo prije isteka toga vremena, osiguratelj ima pravo potraživati razliku do one premije koju bi ugovaratelj osiguranja morao platiti ako bi ugovor bio sklopljen za onoliko vremena koliko je stvarno trajao.
- (5) U slučaju prestanka ugovora o osiguranju zbog neplaćanja dospjele premije, ugovaratelj osiguranja mora platiti premiju za osigurateljno razdoblje do dana prestanka ugovora ili ukupnu premiju za tekuću godinu osiguranja ako je do dana prestanka ugovora nastao osigurani slučaj za koji osiguratelj mora platiti osigurninu.
- (6) Osiguraniku kod kojeg je odnos između likvidiranih šteta i plaćene premije osiguranja (štetni rezultat) u protekle tri godine osiguranja iznosio više od 97,4%, premija osiguranja za prethodnu godinu osiguranja povećava se (malus) u postotku koji je jednak 75% razlike između postignutog omjera i 97,4%, s tim da povećanje ne može iznositi više od 300%.
Odnos između likvidiranih šteta i plaćene premije osiguranja po prethodnom stavku utvrđuje se tako da se prethodno izvrši revalorizacija likvidiranih šteta i plaćene premije osiguranja na temelju kretanja Indeksa rasta potrošačkih cijena u Republici Hrvatskoj u razdobljima od 1.10. svake protekle godine do 1.10. zadnje promatrane godine.
Bez obzira na odredbe prve rečenice ovoga stavka, za osiguranike koji kod osiguratelja nisu osigurani tri godine ili više, pri izračunu odnosa između likvidiranih šteta i plaćene premije može se uzeti u obzir jednogodišnji odnosno dvogodišnji štetni rezultat.

12. članak - POSLJEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

- (1) Obveza osiguratelja da isplati naknadu štete prestaje, ako ugovaratelj osiguranja do dospelosti ne plati premiju osiguranja koja je dospjela nakon sklapanja ugovora, niti to učini itko drugi tko je za to zainteresiran, u roku od 30 dana od dana kada je ugovaratelju osiguranja dostavljeno preporučeno pismo osiguratelja s obavijesti o dospelosti premije, pri čemu taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dana dospijeca premije.
- (2) Osiguratelj može nakon isteka roka iz (1) stavka ovoga članka, ako je ugovaratelj u zakašnjenju s plaćanjem premije koju treba platiti nakon sklapanja ugovora, odnosno druge i sljedećih premija, raskinuti ugovor o osiguranju, s tim da raskid ugovora o osiguranju nastupa istekom roka iz (1) stavka ovoga članka i prestankom osigurateljnog pokrivanja, ako je ugovaratelj osiguranja na to bio upozoren u preporučenom pismu s obavijesti o dospelosti premije i o prestanku osigurateljnog pokrivanja.
- (3) Ako ugovaratelj osiguranja plati premiju nakon isteka roka iz (1) stavka ovoga članka, ali unutar godine dana od dospelosti premije, osiguratelj je dužan, ako nastane osigurani slučaj od 24. sata nakon plaćanja premije i zateznih kamata, platiti osigurninu. Ako ugovaratelj osiguranja u tom roku ne plati, ugovor o osiguranju prestaje istekom godine osiguranja.

13. članak - POVRAT PREMIJE

- (1) Osiguratelj vraća dio premije za neiskorišteno vrijeme osiguranja ako je osigurana opasnost prestala postojati nakon sklapanja ugovora o osiguranju i u tom razdoblju nije nastupio osigurani slučaj.
- (2) Ako je osigurana opasnost prestala postojati prije početka jamstva, osiguratelj vraća svu plaćenu premiju.
- (3) U drugim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju prije isteka razdoblja za koje je plaćena premija, osiguratelju pripada premija do onoga dana do kojega traje njegovo jamstvo, ako nije ugovoreno drukčije.
- (4) Povrat premije na pismeni zahtjev osiguranika može se izvršiti na temelju dokaza o ispunjavanju uvjeta za povrat premije.
- (5) Povrata premije nema ako je za vrijeme trajanja osiguranja nastao osigurani slučaj.

14. članak - DUŽNOSTI OSIGURANIKA I UGOVARATELJA OSIGURANJA NAKON OSIGURANOG SLUČAJA

- (1) Osiguranik je dužan osiguratelja bez odlaganja obavijestiti o nastanku osiguranog slučaja.
- (2) Ako je protiv ugovaratelja osiguranja ili osiguranih osoba pokrenut postupak zbog sumnje na počinjenje kažnjivih radnji ili podnesen optužni prijedlog odnosno optužnica ili donesena odluka u upravnom postupku, osiguranik o tome mora odmah obavijestiti osiguratelja, iako je već prijavio nastanak štete po prethodnom stavku.
- (3) Ako treće osobe podnesu protiv ugovaratelja osiguranja ili osiguranih osoba odštetni zahtjev ili je protiv njih podnesena tužba radi naknade štete, osiguranik o tome mora bez ikakvog odlaganja obavijestiti osiguratelja i dostaviti mu izvornike svih isprava koje sadrže takve zahtjeve.
- (4) Ugovaratelj osiguranja ili osigurane osobe osiguratelju moraju prepustiti vođenje parnice i dati ovlaštenje za zastupanje onoj osobi koju odredi osiguratelj.
- (5) Ugovaratelj osiguranja ili osigurane osobe rješavanje odštetnih zahtjeva moraju prepustiti osiguratelju, zbog čega nisu ovlašteni odbiti odštetne zahtjeve, a osobito ih ne smiju priznati.
- (6) Osiguratelj ima pravo sudjelovati u obrani od svih odštetnih zahtjeva te u njihovom rješavanju ako se opravdano može očekivati da su povezani s osigurateljnim pokrićem. Osiguratelj može ispitivati sve okolnosti odštetnog zahtjeva ili stručne pogreške koje su povezane s osiguranim osobama. Ugovaratelj osiguranja ili osigurane osobe dužni su surađivati s osigurateljem i davati mu sve podatke koje opravdano zahtjeva te svojim radnjama ne smiju štetiti položaju osiguratelja.
- (7) Ako ugovaratelj osiguranja ili osigurane osobe onemogućavaju osiguratelju rješavanje odštetnog zahtjeva nagodbom, osiguratelj nije dužan platiti posljedični višak naknade štete, kamata i troškova koji zbog toga nastanu.

15. članak – OBVEZE OSIGURATELJA

- (1) Osiguratelj je prilikom sklapanja osiguranja dužan ugovaratelju osiguranja predati važeće uvjete osiguranja koji su sastavni dio ugovora o osiguranju.
- (2) Osiguratelj je dužan proučiti odštetne zahtjeve kako po temelju tako i po visini i udovoljiti opravdanim zahtjevima te se pobrinuti za obranu osiguranih osoba pred neopravdanim ili prekomjernim odštetnim zahtjevima.
- (3) Osiguratelj jamči za pravne troškove osiguranih osoba i za štetu zbog pravnih troškova dosuđenih oštećeniku samo onda kada parnicu vodi od samoga početka sam ili osoba koju on odredi, ali zajedno s naknadom štete samo do visine iznosa osiguranja.
- (4) Osiguratelj ne jamči za troškove obrane osiguranih osoba u kaznenom postupku, osim u dijelu koji se odnosi na obranu pred odštetnim zahtjevima od strane ovlaštenika osiguratelja u okviru adhezijskog postupka, ali zajedno s naknadom štete samo do visine iznosa osiguranja.

16. članak - POSTUPAK VJEŠTAČENJA I PRITUŽBI

- (1) Svaka ugovorna strana može zahtijevati da određene sporne činjenice utvrđuju vještaci.
- (2) Svaka strana imenuje vještaka među osobama koje sa stranama nisu u radnom odnosu. Imenovani vještaci prije početka rada imenuju trećega vještaka koji daje svoje mišljenje kada su utvrđenja prva dva vještaka različita i to samo u granicama njihovih nužnih utvrđenja.
- (3) Svaka strana snosi troškove za vještaka kojega je imenovala, a za trećega vještaka svaka strana snosi polovicu troškova.
- (4) Utvrđenja vještaka obvezujuća su za obje strane.

17. članak - IZMJENA UVJETA OSIGURANJA ILI PREMIJSKOG CJENIKA

- (1) Ako osiguratelj izmjeni uvjete osiguranja ili premijski cjenik, dužan je o tome obavijestiti osiguranika barem 60 dana prije isteka tekuće godine

osiguranja.

- (2) Ako ugovaratelj osiguranja ne otkaže ugovor o osiguranju u roku od 60 dana od dana obavijesti, novi uvjeti osiguranja odnosno premijski cjenik primjenjuju se od početka sljedećeg osigurateljnog razdoblja.
- (3) Ako ugovaratelj osiguranja otkaže ugovor o osiguranju, isti prestaje istekom godine osiguranja u kojoj je osiguratelj primio otkaz.
- (4) Odredbe ovog članka odnose se na osiguranja sa neodređenim rokom trajanja ili osiguranja s trajanjem dužim od godine dana.

18. članak – PROMJENA ADRESE

- (1) Osiguranik mora obavijestiti osiguratelja o promjeni svojega imena ili adrese, odnosno tvrtke ili sjedišta u roku od 15 dana od dana promjene.
- (2) Ako je osiguranik promijenio svoje osobno ime ili prebivalište, odnosno tvrtku ili sjedište, a o tome nije obavijestio osiguratelja, dovoljno je da osiguratelj obavijest koje mora dostaviti ugovaratelju osiguranja pošalje na adresu njegovog zadnje poznatog prebivališta odnosno njegovu tvrtku ili sjedište.

19. članak - NAČIN OBAVJEŠTAVANJA

- (1) Sve obavijesti i izjave koje treba dati po odredbama ugovora o osiguranju i sporazumi o sadržaju ugovora o osiguranju moraju biti u pisanom obliku, s izuzetkom obavijesti osiguratelja prema 17. članku ovih Općih uvjeta.
- (2) Obavijest ili izjava dana je pravovremeno ako se prije isteka roka pošalje preporučenim pismom.
- (3) Izjava koju treba dati drugome, vrijedi od trenutka kada je drugi primi.

20. članak – ZAŠTITA OSOBNIH PODATAKA

- (1) Ugovaratelj osiguranja dozvoljava da u skladu sa zakonom koji uređuje zaštitu osobnih podataka, osiguratelj i s njim povezana društva i ovlaštena društva za zastupanje i posredovanje u osiguranju obrađuju osobne podatke iz ugovora o osiguranju potrebne za provođenje ugovora o osiguranju te da se ti podaci koriste u zbirkama podataka koje uspostavljaju, vode i održavaju navedena društva. Ovlaštena društva za zastupanje i posredovanje su društva koja su s osigurateljem sklopila ugovor o zastupanju odnosno posredovanju u osiguranju i ugovor o obradi osobnih podataka.
- (2) Ugovaratelj dozvoljava da u skladu sa zakonom koji uređuje zaštitu osobnih podataka, osiguratelj obrađuje osobne podatke iz prethodnoga stavka, i to u svrhe izravnog marketinga za sebe i za povezana društva. Ugovaratelj dozvolu za obradu osobnih podataka u svrhe izravnoga marketinga može u bilo koje vrijeme otkazati pismenim zahtjevom poslanim na adresu sjedišta osiguratelja.

21. članak - PRIMJENA ZAKONA

Na odnose između ugovaratelja osiguranja, odnosno osiguranika na jednoj i osiguratelja na drugoj strani, u dijelu u kojem nisu uređeni ovim Općim uvjetima, primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim odnosima.

22. članak - IZVANSUDSKO RJEŠAVANJE SPOROVA

- (1) Stranke su suglasne da će sve sporove proizašle iz ovog ugovora rješavati mirnim putem.
- (2) Ugovaratelj osiguranja i osiguranik suglasni su da će o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa s osigurateljem izvijestiti osiguratelja bez odgađanja. Obavijesti iz ovog stavka strane dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.
- (3) Osiguratelj će zaprimljeni prigovor iz stavka 2. ovog članka uputiti drugostupanskoj komisiji. Drugostupanska komisija osiguratelja sastoji se od dva člana od kojih je najmanje jedan diplomirani pravnik. Odgovor drugostupanske komisije dostavlja se podnositelju prigovora u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 dana od dana zaprimanja prigovora.
- (4) Svi sporovi koji proizlaze iz ovog ugovora o osiguranju ili u svezi s njim, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede ili prestanka, kao i na pravne učinke koji iz toga proistječu, uputit će se na 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.
- (5) 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.

22. članak – NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

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

KLAUZULA O OBAVIJEŠTENOSTI UGOVARATELJA

Sukladno odredbama članka 89. Zakona o osiguranju (Narodne novine br. 151/05, 87/08 i 82/09) i Zakona o zaštiti potrošača (Narodne novine br. 79/07, 125/07, 79/09 i 89/09) Triglav osiguranje d.d. kao osiguratelj prije sklapanja ugovora o osiguranju obavještava ugovaratelja osiguranja o sljedećim podacima.

(1) Informacije koje se odnose na osiguratelja

Tvrtka osiguratelja: Triglav osiguranje d.d.

Pravno-organizacijski oblik: dioničko društvo za osiguranje

Sjedište društva: Zagreb, Ulica Antuna Heinza 4

Podružnica koja sklapa ugovor (ako sklapa podružnica)

(2) Uvjeti osiguranja i mjerodavno pravo

Opći uvjeti pod kojima se zaključuje ovo osiguranje navedeni su u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja, čiji je sastavni dio i ova Klauzula o obaviještenosti ugovaratelja osiguranja (dalje: Klauzula). Mjerodavno pravo utvrđeno je Ponudom/Policom osiguranja i pripadajućim uvjetima osiguranja, čiji je sastavni dio ova Klauzula.

(3) Vrijeme trajanja ugovora o osiguranju

Vrijeme trajanja ugovora o osiguranju navedeno je u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja, čiji je sastavni dio ova Klauzula.

(4) Uvjeti za odstupanje od ugovora o osiguranju

Pravila i uvjeti za odstupanje od ugovora navedeni su u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja čiji je sastavni dio ova Klauzula.

(5) Premija osiguranja i porezi

Visina premije osiguranja i način plaćanja navedeni su u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja čiji je sastavni dio ova Klauzula. Porez na dodanu vrijednost (PDV) se ne obračunava, temeljem odredbe članka 11. Zakona o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine br. 47/95, 106/96, 164/98, 105/99, 54/00, 73/00, 48/04, 82/04, 90/05, 76/07, 87/09, 94/09 i 22/12).

(6) Rok vezanosti ponudom

Pisana ponuda učinjena osiguratelju za sklapanje ugovora o osiguranju veže ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od 8 dana otkad je ponuda prispjela osiguratelju.

(7) Opoziv ponude

Ponuditelj ima pravo opoziva ponude u roku iz prethodne točke. Ako osiguratelj u roku iz prethodne točke ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uvjeta za predloženo osiguranje, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju sklopljen.

(8) Način rješavanja sporova

Način rješavanja sporova osiguranika, posebice izvansudsko rješavanje sporova navedeno je u priloženoj Ponudi /Polici osiguranja čiji je sastavni dio ova Klauzula.

(9) Nadzor nad društvom za osiguranje

Nadzorno tijelo nadležno za nadzor društava za osiguranje je Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga.