

Allianz Prospekt višekratni

Uvjeti životnog osiguranja

Sadržaj

Informacije o obradi podataka - IOOP KP01-2019-2	2
Informacije ugovaratelju životnog osiguranja o proizvodu Allianz Prospekt višekratni K05-920-2	4
Opći uvjeti osiguranja života 900-1-1219	9
Posebni uvjeti osiguranja života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja 920-2-1219	14
Dopunski uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života 902-1-1219	19
Tablica za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) 447-1-1219	22
Dopunski uvjeti osiguranja za slučaj nastanka teške bolesti 911-1-1219	29
Dopunski uvjeti za osiguranje dnevne naknade za liječenje u bolnici uslijed bolesti 404-1-1219	32
Dopunski uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) s DNK analizom „NutriFit“ 902-5-1219	34
Dopunski uvjeti osiguranja za dopunska osiguranja djece 919-1-1219	37
Posebni uvjeti za osiguranje uvećanih rizika 903-1-1219	42

S vama od A-Z

Allianz 

Informacije o obradi podataka - IOOP

Allianz Hrvatska d.d., Heinzelova 70, Zagreb, OIB: 23759810849, kao dio Allianz Grupe ovlašteno je hrvatsko osiguravajuće društvo s dozvolom za sklapanje i ispunjavanje ugovora o životnom i neživotnom osiguranju temeljem rješenja Hrvatske agencije za nadzor financijskih usluga. U obavljanju svoje djelatnosti Allianz Hrvatska d.d. prikuplja i obrađuje osobne podatke korisnika svojih usluga, poštujući sve relevantne zakone i propise te brinući o njihovoj točnosti, potpunosti i sigurnosti. Djelatnost osiguranja je djelatnost od značajnog javnog interesa.

Zaštita Vaše privatnosti je naš prioritet, molimo Vas da ove Informacije pažljivo pročitate!

1. Tko je voditelj obrade osobnih podataka?

Allianz Hrvatska d.d. je voditelj obrade Vaših osobnih podataka kako je to propisano zakonom i propisima o zaštiti osobnih podataka. Allianz Hrvatska d.d. kao voditelj obrade osobnih podataka određuje svrhe i sredstva obrade osobnih podataka i odgovoran je za čuvanje i korištenje osobnih podataka u papirnatom ili elektronskom obliku.

Kontakti voditelja obrade:

- Allianz Hrvatska d.d., Kontakt centar, Heinzelova 70, Zagreb
- telefon: 072 100 001
- e-mail: osiguranje@allianz.hr

Službenik za zaštitu osobnih podataka

Allianz Hrvatska d.d. je u skladu s relevantnim propisima imenovao Službenika za zaštitu osobnih podataka kojega možete kontaktirati vezano za pitanja povezana s obradom Vaših osobnih podataka ili ostvarivanje Vaših prava na zaštitu osobnih podataka.

Kontakti Službenika za zaštitu osobnih podataka

- Allianz Hrvatska d.d., Heinzelova 70, Zagreb
- telefon: 00385 (0)1 3670 305
- e-mail: dpo@allianz.hr

2. Koju vrstu osobnih podataka prikupljamo?

Osobni podaci koje prikupljamo ovise o vrsti ugovora o osiguranju kojeg sklapate, namjeravate sklopiti ili o zahtjevu za ostvarenje prava iz osiguranja. U prvom redu se radi o podacima bez kojih ne možemo sklopiti ugovor o osiguranju s Vama, a uključuju najmanje Vaše osnovne osobne podatke (ime i prezime, adresa, kontakt podatke, OIB, podatke o datumu rođenja, spolu i po potrebi identifikacijska isprava). Podaci su nam nužni i kako bi za vrijeme našeg poslovnog odnosa što lakše i na vrijeme komunicirali s Vama i proslijedili Vam bitne ili zanimljive informacije. Neke podatke ćemo tražiti zbog ispunjenja naših obveza iz ugovora o osiguranju, neke zbog ispunjenja naših zakonskih obveza, a neke na temelju našeg legitimnog interesa.

Ovisno o razlogu zašto su nam potrebni, vrste osobnih podataka koje prikupljamo su:

- osnovni osobni podaci
- podaci o obrazovanju i radnom iskustvu
- podaci o planiranim putovanjima i putnim troškovima
- podaci vezani za obitelj, socijalni status i životni stil
- podaci o radnom mjestu i povezani s radom
- podaci vezani za zdravlje i odsustva s radnog mjesta
- financijski podaci
- provjere identiteta i dubinske analize
- podaci o imovini koja se osigurava
- ostali podaci i javne isprave.

3. Kako ćemo prikupljati i koristiti Vaše osobne podatke?

Osobne podatke prvenstveno prikupljamo izravno od Vas, prilikom pregovora oko sklapanja ugovora, samog sklapanja i izvršenja ugovora, prijave štete ili pritužbe. Smatramo da podatke dobivamo izravno od Vas i kada ih dostavljate putem svojih punomoćnika kao što su odvjetnici ili brokери osiguranja. Ako pak niste naša ugovorna strana ili izravni korisnik naših usluga, podatke o Vama možemo dobiti i od ugovaratelja osiguranja. Vaše podatke možemo prikupljati i iz javno dostupnih izvora i isprava, od trećih osoba kao što su naši poslovni partneri, distributeri osiguranja, državna tijela, druga osiguravajuća društva i udruženja, procjenitelji, odvjetnici ili financijske ustanove.

4. Razlozi zbog kojih su nam potrebni Vaši osobni podaci?

Kao osiguravajuće društvo, osobne podatke prvenstveno prikupljamo za potrebe sklapanja ugovora o osiguranju i izvršenja ugovora o osiguranju, a u skladu s propisima koji uređuju djelatnost osiguranja i građanskopravne odnose. Osim toga, prikupljamo ih kako bi ispunili naše zakonske obveze i/ili na temelju našeg legitimnog interesa, a za određene ćemo razloge dodatno tražiti Vašu izričitu privolu.

Osobne podatke za potrebe sklapanja ugovora o osiguranju prikupljamo već kod pregovora s Vama kao ugovarateljem osiguranja kako bi procijenili Vaše zahtjeve i potrebe ili utvrdili primjerenost ili prikladnost određenih proizvoda Vašim posebnim okolnostima. Tijekom ugovornog odnosa, osobne podatke prikupljamo radi ostvarenja prava i obveza iz ugovora o osiguranju, bilo da ste ugovaratelj osiguranja, osiguranik, korisnik ili treća oštećena osoba.

Vaša je dužnost pružiti nam točne i istinite podatke koji su nam potrebni za sklapanje ugovora i značajni su za procjenu rizika, a mi smo obvezni nadalje brinuti o njihovoj točnosti i o tome da prikupljamo samo onoliko podataka koliko nam je zaista nužno za svrhu obrade.

Osobni podaci koje prikupljamo i obrađujemo radi sklapanja i ispunjenja ugovora o osiguranju nužni su za:

- informativne izračune premije osiguranja;
- provjere Vaših zahtjeva i potreba prije sklapanja ugovora ili provjera primjerenosti ili prikladnosti investicijskih proizvoda osiguranja, a u skladu s propisima o distribuciji osiguranja
- obradu ponude u smislu procjene prihvatljivosti rizika kojeg preuzimamo u osiguranju, pod kojim uvjetima i za utvrđivanje iznosa premije osiguranja;
- procjenu može li se ugovor o osiguranju tijekom ugovornog odnosa izmijeniti i pod kojim uvjetima;
- rješavanje odštetnog zahtjeva ili ostvarivanje naših prava iz ugovora o osiguranju što uključuje naplatu regresa, dugova ili premije osiguranja;
- administriranje ugovora o osiguranju i osiguravanje točnosti i ažurnosti Vaših podataka.

Osigurateljnu djelatnost obavljamo u skladu s pravilima struke i propisima koji ju reguliraju, radi čega određene podatke prikupljamo i obrađujemo radi ispunjenja naših pravnih obveza i to:

- obveza iz Zakona o računovodstvu, IOPPD-a, Zakona o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma, FATCA-e i CRS-a radi obvezne automatske razmjene informacija o financijskim računima, obveze poštivanja međunarodnih mjera ograničenja;
- rješavanja pritužbi i prigovora vezanih za sklapanje i izvršenje ugovora o osiguranju i
- obveza raspodjele rizika putem reosiguranja i suosiguranja ili druge zakonske obveze.

Ako uskratite neki od podataka koji su nam nužni za sklapanje ili ispunjenje ugovora o osiguranju ili ispunjenje naših pravnih obveza, nećemo moći ispuniti svoje zakonske ili ugovorne obveze pa stoga niti sklopiti ugovor s Vama.

Odredene obrade osobnih podataka smatramo našim legitimnim interesom. Ipak, takva obrada podliježe posebnim pravilima koja Vam omogućuju da u svakom trenutku prigovorite takvoj obradi i izradi profila koja se na njoj temelji. U tom slučaju više nećemo obrađivati Vaše podatke temeljem legitimnoga interesa, osim ako ne dokažemo da postoje uvjerljivi legitimni razlozi za obradu, koji nadilaze Vaše interese, prava i slobode. Svojim legitimnim interesom smatramo:

- promidžbu proizvoda osiguranja koje nudimo na tržištu i pogodnosti iz postojećih ugovora o osiguranju
- ispitivanje zadovoljstva pruženom uslugom i
- sprječavanje i otkrivanje pronevjera ili prijevara u osiguranju.

Legitimni interes trećih osoba, u skladu sa Zakonom o osiguranju, uvažavamo kada za potrebe otkrivanja ili sprječavanja pronevjera i prijevara u osiguranju razmjenjujemo podatke s drugim osiguravajućim kućama.

Za određene obrade Vaših podataka ćemo tražiti Vašu suglasnost. U tom slučaju ćemo Vas unaprijed obavijestiti o razlozima takve obrade i zatražiti Vašu privolu.

Vašu **privolu** ćemo primjerice trebati:

- za potrebe marketinga, kada niste naš klijent ili prestanete biti naš klijent, kako bi ostali u kontaktu i povremeno Vas obavijestili o ponudama, proizvodima i uslugama koje želite ili bi odgovarali Vašim zahtjevima i potrebama. Ovu privolu možete u svakom trenutku povući, a mi ćemo tada odmah prestati s ovom obradom.

Ovu potrebu nećemo moći ispuniti bez Vaše privole. Privolu ćemo Vas tražiti jasno i nedvosmisleno uz pojašnjenje zašto nam treba. Privolu možete u svakom trenutku povući, ali povlačenje privole ne utječe na zakonitost obrade prije povlačenja.

5. Automatizirana obrada osobnih podataka, uključujući profiliranje

Ako visinu premije za policu osiguranja budemo računali **automatiziranom obradom Vaših podataka**, o tome će Vas obavijestiti distributer osiguranja prilikom sklapanja ugovora o osiguranju i omogućit će Vam da o takvoj odluci izrazite svoj stav ili joj prigovorite.

Automatiziranu obradu koristimo kada na temelju Vaših osobnih podataka, na primjer lokacije imovine, procijenimo visinu rizika za nastup osiguranog slučaja i tako odredimo Vašu premiju osiguranja. Na taj način ćete možda biti u mogućnosti dobiti povoljniju ponudu osiguranja ili se upoznati s činjenicama koje upućuju na postojanje dodatnih rizika na Vašoj strani koji utječu na visinu premije.

Automatiziranu obradu podataka koristimo i kod online ugovaranja osiguranja - web shop. I tamo ćete dobiti informacije o načinu kako osobni podaci koje ste unijeli utječu na izračun premije.

U svakom slučaju, objasniti ćemo vam logiku koja stoji iza automatizirane obrade, a Vi ćete ako želite o tome moći razgovarati s nekim od naših djelatnika.

6. Tko će imati pristup vašim osobnim podacima?

Mi osiguravamo da se Vaši podaci obrađuju samo na način koji je u skladu s potrebom za koju su prikupljeni kao što je opisano pod 4. ovih Informacija, a ako je to za tu potrebu nužno, Vašim podacima će pristup imati:

- distributeri osiguranja;
- reosiguratelji i suosiguratelji za potrebe preuzimanja viška rizika
- druge tvrtke članice Allianz Grupe;
- druga osiguravajuća društva za potrebe sprječavanja prijevara ili obveza temeljem međunarodnih ugovora i konvencija,
- državna tijela u skladu sa zakonskim obvezama Allianz Hrvatska d.d. (HANFA, Pravobranitelj za područje osiguranja, Hrvatski ured za osiguranje, Ministarstvo financija RH, Porezna uprava, Državni zavod za statistiku, pravosudna i druga državna tijela) ili revizorske tvrtke;
- financijske institucije (banke), leasing kuće i institucije za platni promet;
- tvrtke pružatelji informatičkih rješenja, usluga asistencija, usluga obrade oštetnih zahtjeva,
- zdravstvene ustanove;
- odvjetnici, tehnički konzultanti i stručnjaci kao što su medicinski vještaci, procjenitelji, servisi;
- tvrtke pružatelji usluga tiska, dostave, skladištenja ili uništavanja poslovne dokumentacije;
- agencije za ispitivanje tržišta, marketinški i drugi poslovni partneri.

Izvršitelji obrade koji osobne podatke obrađuju u ime Allianz, osobne podatke obrađuju isključivo prema uputama Allianz Hrvatska d.d. i u skladu s ugovorom koji s njima imamo.

7. Gdje će se moji podaci obrađivati?

Vaši osobni podaci mogu biti obrađivani unutar ili izvan Europskog gospodarskog prostora (EGP) od strane izvršitelja obrade koji su navedeni pod 6., a čija je odgovornost i obveza zaštite osobnih podataka i čuvanja njihove povjerljivosti definirana ugovornim odnosom i u skladu sa svim tehničkim i organizacijskim mjerama zaštite i zakonskim propisima koji uređuju zaštitu podataka.

Vaši osobni podaci neće biti dostupni nikome tko za to nema ovlaštenje Allianz Hrvatska d.d.

Svaki prijenos Vaših osobnih podataka van EGP-a radi obrade od strane tvrtke članice Allianz Grupe provest ćemo temeljem odobrenih Allianz obvezujućih korporativnih pravila (Allianz BCR) kojima je uspostavljena odgovarajuća zaštita osobnih podataka i koja su pravno obvezujuća za sve tvrtke članice Allianz Grupe.

Allianz BCR i popis svih tvrtki Allianz Grupe koje su usklađene i obvezane Allianz BCR-om dostupan je na <https://www.allianz.hr/privatni-korisnici/zastita-prava-i-osobnih-podataka/>. Obradi i prijenosu osobnih podataka temeljem Allianz BCR-a možete prigovoriti slanjem pritužbe putem elektroničke pošte na privacy@allianz.com.

Kada se na prijenos podataka ne primjenjuju Allianz obvezujuća korporativna pravila, za prijenos izvan Europskog gospodarskog prostora, poduzet ćemo sve mjere zaštite osobnih podataka kao što to činimo i unutar EGP. O zaštitnim mjerama koje primjenjujemo (npr. standardne ugovorne klauzule) možete saznati kontaktirajući nas kao što je to opisano pod 12. ovih Informacija.

8. Koja prava imam u odnosu na moje osobne podatke?

Kada je to propisima predviđeno, imate:

- **pravo na pristup** osobnim podacima koji se na Vas odnose, informacijama o porijeklu osobnih podataka, razlozima obrade, informaciji o voditelju obrade, izvršiteljima obrade, primateljima kojima su Vaši podaci otkriveni ili će biti otkriveni;
- **pravo na povlačenje svoje privole** u bilo koje vrijeme, ako osobne podatke obrađujemo uz Vašu privolu;
- **pravo na ispravak ili dopunu** Vaših osobnih podataka kako bi uvijek bili točni;
- **pravo na brisanje** Vaših osobnih podataka kada više nisu potrebni za gore navedene svrhe;
- **pravo na ograničenje obrade** osobnih podataka pod određenim okolnostima, na primjer kada prigovarate točnosti osobnih podataka, a za vrijeme dok ne provjerimo njihovu točnost;
- **pravo na odnošenje** osobnih podataka u strukturiranom obliku kao i njihovo prenošenje drugom osiguratelju;
- **pravo na prigovor automatiziranoj obradi** osobnih podataka da se na Vas ne odnosi odluka koja je donesena isključivo automatiziranom obradom i
- **pravo na podnošenje prigovora Allianz Hrvatska d.d. ili nadležnom državnom tijelu.**

Svoja prava možete koristiti putem obrazaca na <https://www.allianz.hr/privatni-korisnici/zastita-prava-i-osobnih-podataka/> i kao što je opisano pod 12. Prilikom komunikacije s Vama i rješavanja Vašeg zahtjeva uložiti ćemo razumne napore da provjerimo Vaš identitet i spriječimo neovlašteno otkrivanje osobnih podataka.

9. Kako mogu prigovoriti obradi osobnih podataka?

Pod određenim uvjetima, kada je to zakonski dopušteno, imate pravo prigovoriti obradi osobnih podataka ili zatražiti prekid obrade osobnih podataka, na primjer kada obradu temeljimo na našim legitimnim interesima ili zbog izravnog marketinga. Čim zaprimimo Vaš zahtjev za prekidom obrade, nećemo dalje obrađivati Vaše osobne podatke osim ako je obrada dopuštena relevantnim zakonskim i drugim propisima. Ovo pravo možete ostvariti kako je opisano pod 12.

10. Pravo na prigovor nadzornom tijelu

Prigovor na obradu Vaših osobnih podataka možete podnijeti i nadzornom tijelu Agenciji za zaštitu osobnih podataka, Martićeva 14, Zagreb, 00385 (0)1 4609 999, azop@azop.hr, www.azop.hr ili nekom drugom europskom nadzornom tijelu nadležnom za zaštitu osobnih podataka.

11. Koliko dugo čuvamo osobne podatke?

Vaše podatke ćemo čuvati onoliko dugo koliko je potrebno za ostvarenje svrhe radi koje ih obrađujemo. Kriterij na temelju kojega određujemo razdoblje čuvanja osobnih podataka je upravo svrha prikupljanja, trajanje ugovora o osiguranju, zastara potraživanja propisana zakonom ili točno određena odredba drugog zakona koja nas obvezuje da određene podatke čuvamo određeno vrijeme. Rokove čuvanja osobnih podataka detaljnije utvrđujemo svojim internim aktima.

12. Kako nas možete kontaktirati?

Ako imate bilo kakva pitanja o korištenju Vaših osobnih podataka, možete nas kontaktirati tako slijedi:

- telefonom na broj 072 100 001
- e-mailom na adrese: dpo@allianz.hr, osiguranje@allianz.hr
- pisanim putem na adresu: Allianz Hrvatska d.d., Kontakt centar, Heinzzelova 70, Zagreb
- putem obrazaca koji se nalaze na <https://www.allianz.hr/privatni-korisnici/zastita-prava-i-osobnih-podataka/>

13. Koliko često ažuriramo ove Informacije o korištenju osobnih podataka?

Informacije o obradi podataka ažuriramo redovno, a najnovija verzija je uvijek dostupna na našim stranicama <https://www.allianz.hr/privatni-korisnici/zastita-prava-i-osobnih-podataka/>. Ako dođe do važnijih promjena koje utječu na Vas, obavijestit ćemo Vas izravno.

Posljednja izmjena ovih Informacija je bila: 16. prosinca 2019. godine.

Informacije ugovaratelju životnog osiguranja o proizvodu Allianz Prospekt višekratni

Allianz Prospekt višekratni je životno osiguranje za slučaj smrti gdje ugovaratelj snosi rizik ulaganja.

Društva za osiguranje dužna su prije sklapanja ugovora o osiguranju predati ugovaratelju osiguranja (dalje u tekstu: ugovaratelj) određene, za njega relevantne informacije.

Ove Informacije ugovaratelju, zajedno s Općim i Posebnim uvjetima osiguranja, Dokumentom s ključnim informacijama (KID-om) i Tablicom otkupnih i kapitaliziranih vrijednosti predstavljaju dio tih obveznih informacija.

Popis dokumentacije koju vam je osiguratelj dužan predati prije sklapanja ugovora o osiguranju i koja se odnosi na vaš ugovorni odnos, navedena je na vašoj ponudi za osiguranje i polici osiguranja.

Molimo vas da provjerite jeste li dobili sve informacije navedene u ponudi osiguranja te si uzmete dovoljno vremena da dokumente pažljivo pročitate i donesete informiranu odluku.

U nastavku ovog Dokumenta informiramo vas o sljedećem:

1. Informacije o društvu za osiguranje (Osiguratelju)

Tvrtka osiguratelja glasi: Allianz Hrvatska dioničko društvo za osiguranje (dalje u tekstu: Društvo).

Sjedište Društva: Heinzelova 70, 10000 Zagreb.

Društvo je upisano u: Sudski registar trgovačkog suda u Zagrebu.

Matični broj subjekta (MBS): 080004103.

Osobni identifikacijski broj (OIB): 23759810849.

Dozvola za sklapanje i ispunjavanje ugovora o životnom i neživotnom osiguranju: Rješenje Hrvatske agencije za nadzor financijskih poslova Klasa UP/I-453-02/06-30/50, UR. broj 326-112-07-10.

Izvjешće o solventnosti i financijskom stanju: objavljeno na www.allianz.hr u rubrici O nama/Uprava/Financijska izvješća.

Adresa elektroničke pošte i web stranica: osiguranje@allianz.hr, www.allianz.hr.

IBAN za uplatu premije: HR492360001300063231.

Ugovarateljima i osiguranicima Društvo ne daje savjete o proizvodima životnih osiguranja.

2. Nadzorno tijelo

Tijelo nadležno za nadzor društava za osiguranje je Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga, Ulica Franje Račkog 6, 10 000 Zagreb.

Pritužbu na rad osiguratelja možete podnijeti Društvu/Osiguratelju kao što je detaljnije opisano pod točkom 29. u nastavku ovih Informacija ili izravno nadzornom tijelu.

3. Uvjeti osiguranja

Na vaš ugovor o životnom osiguranju primjenjuju se Opći uvjeti osiguranja života (dalje u tekstu: Opći uvjeti), Posebni uvjeti osiguranja života za slučaj smrti i doživljenja kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja (dalje u tekstu: Posebni uvjeti) i Posebni uvjeti za osiguranje uvećanih rizika.

Ako su ugovorena dopunska osiguranja, tada se na ugovor o osiguranju primjenjuju i uvjeti za ugovorena dopunska osiguranja (dalje u tekstu: Dopunski uvjeti):

- Dopunski uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života,
- Dopunski uvjeti osiguranja za slučaj nastanka teške bolesti,
- Dopunski uvjeti za osiguranje dnevne naknade za liječenje u bolnici uslijed bolesti,
- Dopunski uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) s DNK analizom „NutriFit“

te Tablica za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (dalje u tekstu: Tablice invaliditeta)

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

4. Ponuda za sklapanje ugovora, važenje i opoziv ponude

Ugovor o životnom osiguranju sklapa se na temelju pisane ponude učinjene Osiguratelju.

Ponuda je sastavni dio ugovora o životnom osiguranju.

Pisana ponuda za sklapanje ugovora o osiguranju učinjena Osiguratelju veže ponuditelja 8 (osam) dana otkad je Osiguratelj zaprimio ponudu, osim ako je ponuditelj odredio kraći rok, a ako je potreban liječnički pregled, onda za vrijeme od 30 (trideset) dana.

Ponuditelj ima pravo opozvati ponudu u navedenim rokovima.

Ako Osiguratelj u navedenim rokovima ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uvjeta za predloženo osiguranje, smatrat će se da je Osiguratelj prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen.

U tom slučaju ugovor se smatra sklopljenim kad je ponuda prispjela Osiguratelju.

5. Polica osiguranja

Polica osiguranja je pisana isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju te se izdaje ugovaratelju u jednom primjerku.

Ugovor o osiguranju sklopljen je kada ugovorne strane potpišu policu osiguranja.

6. Pravo odustanka od sklopljenog ugovora

Ugovaratelj može odustati od sklopljenog ugovora o osiguranju najkasnije u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti Osiguratelja o sklapanju ugovora. Ugovaratelj pri tome ne snosi obveze koje proizlaze iz tog ugovora, a Osiguratelj je dužan izvršiti povrat plaćene premije.

7. Početak Osigurateljeve obveze

Osigurateljeva obveza počinje danom navedenim na ponudi i polici kao dan početka osiguranja, ako je do tada u cijelosti plaćena ugovorena prva godišnja premija ili njezin prvi obrok.

Ako prva godišnja premija ili njezin prvi obrok nije plaćena u cijelosti do početka osiguranja ili u ugovorenom roku, Osigurateljeva obveza počinje istekom 24.-og sata dana u kojem je ugovorena prva godišnja premija ili njezin prvi obrok plaćena u cijelosti, ali ne prije dana navedenog kao dan početka osiguranja.

U slučaju smrti osiguranika prije početka osiguranja Osiguratelj uplaćenu premiju vraća ugovaratelju, a ako su ugovaratelj i osiguranik ista osoba tada njegovim zakonskim nasljednicima.

8. Vrijeme trajanja ugovora o osiguranju

Ugovor o osiguranju se sklapa na neodređeno vrijeme tako da isti traje do dana smrti osiguranika ili do trenutka otkupa osiguranja.

Točan datum početka osiguranja naveden je na ponudi i polici osiguranja.

Odredbе o trajanju i prestanku ugovora o osiguranju definirane su u članku 6. Posebnih uvjeta, a odredbe o početku obveze Osiguratelja definirane su članku 4. Općih uvjeta.

9. Uvjeti za prestanak i raskid ugovora o osiguranju

Ugovor o osiguranju prestaje po nastupu osiguranog slučaja - smrti osiguranika tijekom trajanja osiguranja ili otkupom osiguranja.

Osim u spomenutim slučajevima, ugovor o osiguranju prestaje i u slučaju kada je:

- 1) ugovor o osiguranju kapitaliziran, a na polici više nema sredstava za naplatu administrativne naknade,
- 2) ugovaratelj odustao od ugovora o osiguranju (u roku 30 dana od dana primitka obavijesti Osiguratelja o sklapanju ugovora u skladu s točkom 6. ovih Informacija),
- 3) ugovor o osiguranju raskinut tijekom prve dvije godine trajanja osiguranja zbog neplaćanja premije u skladu sa člankom 3. Posebnih uvjeta,
- 4) raskida ugovora o osiguranju zatraženog od strane ugovaratelja tijekom prve dvije godine, a raskid se vrši u skladu sa člankom 3. Posebnih uvjeta.
- 5) ugovor o osiguranju raskinut, ako se Osiguratelj odlučio koristiti ovim svojim pravom, a radi utvrđene nenamjerne netočnosti ili nepotpunosti prijave od strane ugovaratelja u skladu s člankom 12. Općih uvjeta

- 6) ugovor o osiguranju poništen, ako se Osiguratelj odlučio koristiti ovim svojim pravom, a radi utvrđene namjerne netočnosti ili prešućivanja podataka od strane ugovaratelja u skladu s člankom 11. Općih uvjeta,
- 7) utvrđena ništetnost ugovora o osiguranju.

Odredbe o prestanku ugovora o osiguranju definirane su u članku 6. Posebnih uvjeta.

10. Iznos osnovnog osiguranja

Za osnovno osiguranje ugovorena svota za slučaj smrti /iznos osiguranja ovisi o dobi osiguranika, ugovorenoj godišnjoj premiji osiguranja te u slučajevima kada se isti primjenjuje o visini doplatka zbog uvećanog rizika. Na ponudi i polici osiguranja su navedene visine godišnje premije i iznosa osiguranja.

Osigurateljeva obveza po nastupu jednog od osiguranih slučajeva definirana je u članku 9. Posebnih uvjeta.

Osiguratelj je u obvezi isplatiti korisniku osiguranja osigurninu:

- u slučaju smrti osiguranika ugovorenu svotu za slučaj smrti ili tržišnu vrijednost police, ovisno koja je vrijednost veća u tom trenutku,
- u slučaju smrti osiguranika uslijed nezgode dvostruku ugovorenu svotu za slučaj smrti uvećanu za razliku tržišne vrijednosti police osiguranja i ugovorene svote za slučaj smrti, ukoliko je tržišna vrijednost police osiguranja veća od iznosa ugovorene svote za slučaj smrti,
- u slučaju smrti osiguranika uslijed prometne nezgode trostruku ugovorenu svotu za slučaj smrti uvećanu za razliku tržišne vrijednosti police osiguranja i ugovorene svote za slučaj smrti ukoliko je tržišna vrijednost police osiguranja veća od iznosa ugovorene svote za slučaj smrti.

Međutim, pod uvjetima opisanim u članku 10. Posebnih uvjeta, Osiguratelj može ograničiti ili potpuno isključiti svoju obvezu.

11. Dopunska osiguranja - iznosi osiguranja

Uz osnovno Osiguranje života za slučaj smrti i doživljenja (mješovito osiguranje) kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja s višekratnim plaćanjem premije moguće je ugovoriti i dopunska osiguranja. Detaljnije informacije o dopunskim osiguranjima mogu se pronaći u dokumentu Dokument s informacijama o proizvodu osiguranja (LIPID) koji je izrađen za dopunska osiguranja uz Allianz Prospekt višekratni te pripadajućim uvjetima osiguranja navedenim u točki 3. ovih Informacija.

Uz ovaj proizvod mogu se ugovoriti sljedeća dopunska osiguranja:

1) Dopunsko osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života

Ugovaranjem ovog dopuskog osiguranja ugovara se pokrivanje za slučaj nastanka trajnog invaliditeta prema Tablicama invaliditeta te dnevna naknada za boravak osiguranika u bolnici radi posljedica nezgode.

Visina godišnje premije ovisi o visini pokrivanja/iznosu osiguranja te u slučajevima kada se isti primjenjuje o visini doplatka zbog uvećanog rizika.

2) Dopunsko osiguranje za slučaj nastanka teške bolesti

Ugovaranje ovog dopuskog osiguranja ugovarate pokrivanje za slučaj nastanka jedne od 3 (tri) najčešće teške bolesti: tumor (određene vrste), srčani infarkt (uključujući operaciju srčane arterije – bypass) i moždani udar. Osigurateljno pokrivanje počinje 3 (tri) mjeseca od dana početka ovog Dopuskog osiguranja. Visina godišnje premije ovisi o trajanju osiguranja, dobi osiguranika u trenutku sklapanja dopuskog osiguranja, visini ugovorene svote za teške bolesti/iznosa osiguranja te u slučajevima kada se isti primjenjuje o visini doplatka zbog uvećanog rizika.

Ovo dopunsko osiguranje se može ugovoriti samo u paketu s Dopunskim osiguranjem dnevne naknade za liječenje u bolnici uslijed bolesti.

3) Dopunsko osiguranje dnevne naknade za liječenje u bolnici uslijed bolesti

Ugovaranje ovog dopuskog osiguranja ugovarate isplate dnevne naknade za liječenje u bolnici u Hrvatskoj ili u inozemstvu, uslijed bolesti. Osigurateljno pokrivanje počinje 3 (tri) mjeseca od dana početka ovog Dopuskog osiguranja.

Visina godišnje premije ovisi o trajanju osiguranja, dobi osiguranika u trenutku sklapanja dopuskog osiguranja te visini pokrivanja/iznosa osiguranja. Ovo dopunsko osiguranje može se ugovoriti samo u paketu s Dopunskim osiguranjem za slučaj nastanka teške bolesti.

4) Dopunsko osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života s DNK analizom "NutriFit"

Ugovaranjem ovog dopuskog osiguranja ugovara se pokrivanje za slučaj smrti uslijed nezgode te pokrivanje za slučaj prijeloma kosti uslijed nezgode.

Visina godišnje premije je ista za sve osiguranike, osim u slučaju kada se na istu primjenjuje doplatka zbog uvećanog rizika.

Ugovorena svota za smrt uslijed nezgode i ugovorena svota za prijelom kosti uslijed nezgode/iznosi osiguranja se mijenjaju ovisno u kojoj godini trajanja osiguranja je nastupio osigurani slučaj te mogu iznositi minimalno 100%, a maksimalno 140% početne ugovorene svote.

Dotatna mogućnost za osiguranika je pravo na korištenje DNK analize "NutriFit" koje se može iskoristiti jednom tijekom trajanja osiguranja ako je prva godišnja premija plaćena u cijelosti.

5) Dopunska osiguranja djece

Za osiguranika dijete ili više djece na jednoj polici moguće je ugovoriti dopunska osiguranja:

- Lom kostiju uslijed nezgode
- Dnevna naknada za liječenje u bolnici uslijed nezgode ili bolesti
- Dnevna naknada za neophodnu kućnu njegu djeteta
- Teške bolesti

Dopunska osiguranja za djecu se kombiniraju i ugovaraju kroz pakete: Hrabri Teo, Snažni Teo ili Brzi Teo.

Za dopunska osiguranja na ponudi i polici osiguranja su navedene visine godišnje premije i iznosa osiguranja.

12. Visina i način plaćanja premije osiguranja te visina doprinosa, poreza i ukupan iznos premije

Premija osiguranja za osnovno i za dopunska osiguranja se plaća unaprijed prema cjeniku za godišnje plaćanje te u rokovima utvrđenim u ponudi osiguranja. Visina ugovorene godišnje premije navedena je na vašoj ponudi i polici osiguranja u dijelu "godišnja premija".

Godišnja premija se može plaćati u obrocima, odnosno mjesečno, tromjesečno ili polugodišnje. Nema uvećanja/doplataka za plaćanje godišnje premije u obrocima.

Odredbe o premiji osiguranja definirane su u članku 2. Posebnih uvjeta.

Premija osiguranja i iznos osiguranja/ugovorene svote se ugovaraju u valuti EUR, a plaćaju u valuti HRK. Detaljnije informacije o plaćanju premije nalaze se u članku 7. stavak 2) Općih uvjeta, a o isplata u članku 19. Posebnih uvjeta.

Sukladno važećim odredbama Zakona o porezu na dodanu vrijednost, na premiju osiguranja života ne obračunava se PDV.

Prema važećim propisima, ako premiju osiguranja plaća poslodavac u korist svojih zaposlenika, premija se smatra primitkom od nesamostalnog rada na koji se plaćaju porezi i doprinosi kao na plaću. Sve poreze i doprinose propisane zakonom, koji se plaćaju na premiju osiguranja života, podmiruje ugovaratelj.

13. Mjerodavno pravo

Za ugovor o osiguranju mjerodavno pravo je pravo Republike Hrvatske.

Kod ugovora o osiguranju s međunarodnim elementom na koje se primjenjuje Uredba (EZ) br. 593/2008 Europskog parlamenta i Vijeća, ugovorne strane ovlaštene su izabrati, kao mjerodavno, jedno od sljedećih prava:

- pravo države članice preuzimanja obveze, odnosno pravo države članice u kojoj se nalazi prebivalište ili boravište ugovaratelja ako je ugovaratelj fizička osoba,
- pravo države članice čiji je ugovaratelj državljanin u slučaju kada se boravište ugovaratelja nalazi izvan države članice čiji je on državljanin,
- ako je ugovaratelj pravna osoba, pravo države članice preuzimanja obveze, odnosno pravo države članice u kojoj se nalazi poslovni nastan ugovaratelja na koji se ugovor odnosi.

Na ugovor o osiguranju, kada strane imaju pravo izbora, Osiguratelj predlaže da se kao mjerodavno pravo izabere pravo Republike Hrvatske.

14. Informacije o košaricama fondova

Informacije o košaricama fondova definirane su u članku 1. Posebnih uvjeta te u Dokumentu s ključnim informacijama (KID).

Dokument s ključnim informacijama (KID), dokument Ključne informacije za ulagatelje fonda (KIIF - dokument za ulagatelje koji samostalno ulažu u pojedini fond koji je sastavni dio izabrane košarice fondova) te Prospekt i Pravila fonda dostupni su na web stranicama Allianz (https://www.allianz.hr/privatni-korisnici/proizvodi/zivot/allianz-prospekt-visekratni) ili Društva za upravljanje investicijskim fondom te besplatno u sjedištu Allianz ili Društva za upravljanje investicijskim fondom.

Izabrana košarica fondova ugovorena ponudom/policom osiguranja definira strategiju ulaganja. Svaka promjena ugovorene košarice fondova mijenja i ugovorenu strategiju ulaganja.

Košarice fondova se međusobno razlikuju, a glavna razlika je u rizičnosti ulaganja i investicijskoj strukturi košarice fondova s obzirom da iste ovise o rizičnosti ulaganja i investicijskoj strukturi fondova uključenih u košaricu. Rizičnost ulaganja i investicijska struktura pojedinog fonda je definirana Prospektom fonda.

Utvrđivanje cijene obračunske jedinice košarice fondova vrši se dnevno na temelju objavljene cijene udjela pojedinih investicijskih fondova. Cijena obračunske jedinice košarice fondova objavljuje se dnevno na web stranici Osiguratelja (<https://www.allianz.hr/privatni-korisnici/kretanje-vrijednosti-ulaganja>).

Podaci o cijeni obračunske jedinice košarice fondova i kretanju tržišne vrijednosti police osiguranja dostupni su i u aplikaciji Moj Allianz (<https://moj.allianz.hr>).

Omjer fondova iz košarice fondova balansira se na način da se kupuju ili prodaju udjeli u fondovima, kako bi omjeri fondova u košaricama ostali u ugovorenim odnosima, a uzimajući u obzir definirano odstupanje od zadanog omjera te iznos gotovine na računu.

Kupnja i prodaja obračunskih jedinica (ulaganje u košarice fondova) definirana je u članku 4. Posebnih uvjeta.

Premija osiguranja za ulaganje veže se na cijenu obračunske jedinice ugovorene košarice fondova.

Dan kupnje obračunskih jedinica definiran je u članku 4., stavak 2) Posebnih uvjeta.

Premija osiguranja za ulaganje plaća se u valuti HRK, a u trenutku kupnje obračunskih jedinica preračunava se u valutu EUR po srednjem tečaju Hrvatske narodne banke na dan kupnje obračunskih jedinica.

Ugovaratelj snosi rizik promjene tečaja od trenutka uplate premije osiguranja do trenutka kupnje obračunskih jedinica košarice fondova.

S porastom vrijednosti obračunske jedinice košarice fondova dolazi do porasta tržišne vrijednosti police osiguranja, a s padom vrijednosti obračunske jedinice košarice fondova dolazi do pada tržišne vrijednosti police osiguranja.

Dan prodaje obračunskih jedinica definiran je u članku 4., stavak 3) Posebnih uvjeta.

15. Naknade i troškovi

Naknade i troškovi ugovaratelja definirane su u članku 5. Posebnih uvjeta te u Dokumentu s ključnim informacijama (KID).

Ulazna naknada obračunava se od svake uplate premije osiguranja u prvoj godini osiguranja i pokriva početne troškove ugovaranja osiguranja. Visina ulazne naknade navedena je na ponudi i polici osiguranja.

Informacije o ulaznoj naknadi nalaze se u članku 5., stavak 1) Posebnih uvjeta.

Svaki mjesec tijekom trajanja ugovora o osiguranju obračunava se administrativna naknada koja pokriva godišnje troškove osiguranja. Naplata administrativne naknade umanjuje referentni broj obračunskih jedinica košarice fondova.

Iznos administrativne naknade naveden je na ponudi i polici osiguranja.

Informacije o administrativnoj naknadi nalaze se u članku 5., stavak 2) Posebnih uvjeta.

Izlazna naknada se obračunava prilikom otkupa police na tržišnu vrijednost police u trenutku otkupa osiguranja, a visina izlazne naknade ovisi o proteklom trajanju osiguranja. Visine izlazne naknade nalaze se u članku 5, stavak 3) Posebnih uvjeta.

Tijekom cijelog trajanja osiguranja, svaki mjesec se obračunava naknada za pokriće rizika smrti osiguranika, a prema dobi osiguranika u trenutku obračuna, na način da se umanjuje referentni broj obračunskih jedinica košarice fondova.

Način obračuna naknade definiran je člankom 5. stavcima 4) - 9), Posebnih uvjeta.

Primjer visine naknade za pokriće rizika smrti možete vidjeti u tablicama otkupne vrijednosti.

Ako se tijekom trajanja osiguranja odlučite na promjenu strategije ulaganja, odnosno promjenu košarice fondova isto možete napraviti jednom godišnje besplatno, a svaka sljedeća promjena unutar iste godine se naplaćuje 5 EUR. Detaljnije informacije o promjeni košarice fondova možete pronaći u točki 21. ovih Informacija te u članku 11. Posebnih uvjeta.

16. Tablica otkupnih i kapitaliziranih vrijednosti

Tablica je dio vašeg ugovora o osiguranju i sadrži personalizirani prikaz vrijednosti vaše police osiguranja po godinama trajanja, a u slučaju otkupa i/ili kapitalizacije osiguranja.

Vrijednosti navedene u tablici informativnog su karaktera i izračunate su na temelju pretpostavljenog godišnjeg prinosa i ne predstavljaju obvezu isplate Osiguratelja.

Stvarne vrijednosti ovise o stvarnom budućem kretanju cijene udjela košarice fondova.

Tablica otkupnih i kapitaliziranih vrijednosti predaje se ugovaratelju prije sklapanja ugovora o osiguranju u smislu predugovornog informiranja.

U slučaju promjene godišnje premije, iznosa osiguranja i/ili kapitalizacije police zajedno s novom verzijom police izdati će vam se nove Tablica otkupnih i kapitaliziranih vrijednosti, a ista će zamjenjivati sve prethodno izdane.

17. Otkup ugovora o osiguranju

Kao ugovaratelj imate pravo na otkup osiguranja, a otkupom police raskidate svoj ugovor o osiguranju. Odredbe o pravu na otkup ugovora o osiguranju života definirane su u članku 14. Posebnih uvjeta.

U slučaju otkupa, Osiguratelj isplaćuje otkupnu vrijednost police koja je jednaka tržišnoj vrijednosti police na dan prodaje obračunskih jedinica košarice fondova. Dan prodaje uvijek slijedi nakon što je Osiguratelj zaprimio zahtjev za otkup, a sukladno članku 4., stavak 3) Posebnih uvjeta.

Kod ugovora o osiguranju života vezanog na obračunske jedinice košarice fondova, ugovaratelj snosi rizik ulaganja i rizik isplate po otkupu što znači da visinu vrijednosti košarice fondova ne jamči Osiguratelj. Sve rizike ulaganja snosi ugovaratelj.

Otkupna vrijednost police osiguranja prije isplate se umanjuje za izlaznu naknadu u skladu s člankom 5., stavak 3) Posebnih uvjeta.

Otkupom police prestaje ugovor o osiguranju.

18. Kapitalizacija ugovora o osiguranju

Ugovor o osiguranju života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja može se kapitalizirati ako su protekle 2 (dvije) godine osiguranja i ako je plaćena premija za 2 (dvije) godine osiguranja.

Mogućnost i posljedice kapitalizacije ugovora o osiguranju života definirane su u članku 13. Posebnih uvjeta.

19. Dodatne uplate na policu osiguranja (top up uplate)

Dodatne jednokratne uplate na policu osiguranja možete izvršiti ako su protekle 2 (dvije) godine osiguranja. Dodatna godišnja uplata može iznositi najviše do iznosa koji je jednak iznosu godišnje premije osiguranja.

Dodatna uplata ne povećava ugovorenu svotu za slučaj smrti.

Na dodatnu jednokratnu uplatu ne obračunava se ulazna naknada.

Mogućnost dodatne uplate definirana je u članku 15. Posebnih uvjeta.

20. Sudjelovanje u dobitku

Temeljem ugovora o osiguranju života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja, ugovaratelj odnosno korisnik osiguranja ne sudjeluje u raspodjeli dobiti Osiguratelja.

21. Promjene ugovora o osiguranju

Mogućnost promjena ugovora o osiguranju definirane su u članku 11. i članku 12. Posebnih uvjeta.

Kao ugovaratelj možete zatražiti:

1) bilo kada u vrijeme trajanja ugovora o osiguranju promjenu košarice fondova. Ova promjena se možete napraviti jednom godišnje besplatno, a svaka sljedeća promjena unutar iste godine se naplaćuje 5 EUR.

Promjena košarice fondova vrši se na način da se prodaju obračunske jedinice u trenutnoj košarici po cijeni obračunske jedinice na dan prodaje i kupe obračunske jedinice u novoizabranoj košarici fondova po cijeni obračunske jedinice na dan kupnje odnosno dan promjene košarice fondova. 2) ako su protekle 2 (dvije) godine i ako je plaćena premija za najmanje 2 (dvije) godine, promjenu visine godišnje premije i promjenu ugovorene svote za slučaj smrti.

Kod promjene gdje se povećava ugovorena svota za slučaj smrti vrši se procjena rizika te ako se utvrdi da osiguranik nije u potpunosti zdrav, primijenit će se Posebni uvjeti za osiguranje uvećanih rizika, a u skladu s time i obračunat uvećana premija ili će se odbiti zatražena promjena, s tim da ugovor o osiguranju ostaje na snazi kakav je bio prije zatražene promjene.

22. Druge posebne informacije o uključenim rizicima

Ugovor o osiguranju, po kojem je provedena kapitalizacija sukladno članku 13. Posebnih uvjeta, može se obnoviti na pisani zahtjev ugovaratelja, najkasnije u roku 24 mjeseca računajući od isteka mjeseca od kojeg je plaćena posljednja premija odnosno izvršena kapitalizacija ugovora o osiguranju. Obnova kapitalizirane police se može zatražiti najviše 3 (tri) puta tijekom trajanja osiguranja.

Odredbe o obnovi police definirane su u članku 17. Posebnih uvjeta.

23. Prijava osiguranog slučaja

Osobe koje polažu pravo na ugovorenu svotu/iznos osiguranja obvezne su, kad nastupi osigurani slučaj, Osiguratelju na osigurateljevoj tiskanici podnijeti pisanu prijavu. Pisanoj prijavi potrebno je priložiti dokumentaciju iz koje Osiguratelj može utvrditi da je nastupio osigurani slučaj, kao i da je Osiguratelj obavezan isplatiti naknadu iz osiguranja i u kojoj visini (npr. medicinsku dokumentaciju, osobito otpusna pisma, zapisnike o očevidu ...). Dokumentacija se uz prijavu podnosi u preslikama, a troškove koji nastanu na temelju ovih odredbi snosi podnositelj prijave. Popis potrebne dokumentacije nalazi se u članku 18. Posebnih uvjeta.

24. Dokument s ključnim informacijama (KID)

Dostupan je ugovaratelju prije sklapanja ugovora o osiguranju, a isti sadrži bitne informacije o osigurateljno investicijskom proizvodu kako bi ugovaratelj mogao donijeti informiranu odluku o sklapanju ugovora o osiguranju. Dokument se nalazi na web stranici Osiguratelja (<https://www.allianz.hr/privatni-korisnici/proizvodi/zivot/allianz-prospekt-visekratni>), a predaje se ugovaratelju kao dio predugovornog informiranja.

25. Klauzula o međunarodnim mjerama ograničavanja (LMA3100)

Osiguratelj nije u obvezi pružiti pokriće, isplatiti štetu ili bilo kakvu drugu naknadu temeljem ugovora o osiguranju ako bi takvo pokriće, isplata štete ili bilo kakve druge naknade temeljem ugovora o osiguranju izložilo Osiguratelja bilo kakvim sankcijama, zabranama ili ograničenjima temeljem važećih rezolucija Ujedinjenih naroda, ekonomskih ili trgovinskih sankcija, zakona ili regulative Europske unije, Ujedinjenog Kraljevstva, Sjedinjenih Američkih Država ili Republike Hrvatske.

26. Zakon o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma

Osiguratelj je sukladno Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma obavezan prikupljati podatke i provoditi mjeru dubinske analize ugovaratelja /osiguranika u svrhu sprječavanja pranja novca i financiranja terorizma i izvještavanja Ureda za sprječavanje pranja novca i drugih nadležnih državnih tijela.

U sklopu dubinske analize potrebno je utvrditi podatak o političkoj izloženosti osobe temeljem članka 46. Zakona o sprječavanju pranja novca i financiranju terorizma koji kaže:

Politički izložena osoba je svaka fizička osoba koja djeluje ili je u proteklih najmanje 12 mjeseci djelovala na istaknutoj javnoj dužnosti u državi članici ili trećoj državi, uključujući i članove njezine uže obitelji i osobe za koje je poznato da su bliski suradnici politički izložene osobe.

Fizičke osobe koje djeluju ili su djelovale na istaknutoj javnoj dužnosti su:

1. predsjednici država, predsjednici vlada, ministri i njihovi zamjenici odnosno državni tajnici te pomoćnici ministara
2. izabrani članovi zakonodavnih tijela
3. članovi upravnih tijela političkih stranaka
4. suci vrhovnih ili ustavnih sudova ili drugi visoki pravosudni dužnosnici protiv čijih odluka, osim u iznimnim slučajevima, nije moguće koristiti pravne lijekove
5. suci revizorskih sudova
6. članovi savjeta središnjih banaka
7. veleposlanici, otpravnici poslova i visoki časnici oružanih snaga
8. članovi upravnih i nadzornih odbora pravnih osoba koje su u vlasništvu ili većinskom vlasništvu države
9. direktori, zamjenici direktora, članovi odbora i osobe koje obavljaju jednakovrijedne funkcije u međunarodnoj organizaciji
10. općinski načelnici, gradonačelnici, župani i njihovi zamjenici izabrani temelju zakona kojim se uređuju lokalni izbori u Republici Hrvatskoj.

Članovi obitelji politički izložene osobe jesu:

1. bračni drug ili osoba s kojom je politički izložena osoba u izvanbračnoj zajednici
2. djeca i njihovi bračni drugovi ili osobe s kojima su djeca politički izložene osobe u izvanbračnoj zajednici ili
3. roditelji politički izložene osobe.

Bliski suradnik politički izložene osobe jest svaka fizička osoba:

1. za koju je poznato da ima zajedničko stvarno vlasništvo nad pravnom osobom ili pravnim uređenjem ili bilo koje druge bliske poslovne odnose s politički izloženom osobom ili
2. koja je jedini stvarni vlasnik pravne osobe ili pravnoga uređenja za koje je poznato da su osnovani za dobrobit politički izložene osobe.

27. Zajednički standard izvještavanja - CRS (eng. common reporting standard)

Allianz Hrvatska d.d. obavezan je, temeljem Zakona o administrativnoj suradnji u području poreza, u svrhu sprječavanja utaje poreza, prikupljati

podatke o državi u kojoj je klijent porezni obveznik i stranom poreznom broju. Temeljem Mnogostranog sporazuma nadležnih tijela o automatskoj razmjeni informacija o financijskim računima (CRS) i Allianz Hrvatska d.d. obavezan je dostavljati prikupljene podatke o klijentu Ministarstvu financija, Poreznoj upravi koja će tražene informacije razmjenjivati s nadležnim tijelima država potpisnica Sporazuma.

28. FATCA (eng. Foreign Account Tax Compliance Act)

Sukladno odredbama Zakona o administrativnoj suradnji u području poreza, a na temelju Sporazuma između Vlade Republike Hrvatske i Vlade Sjedinjenih Američkih Država (dalje u tekstu SAD) o unaprjeđenju ispunjavanja poreznih obveza na međunarodnoj razini i provedbi FATCA-e koji je stupio na snagu dana 27. prosinca 2016. godine, Allianz Hrvatska d.d. je obavezan prikupljati podatke o financijskim računima američkih rezidenata, odnosno građana u svrhu sprječavanja utaje poreza i prikupljene podatke dostaviti Ministarstvu financija, Poreznoj upravi koja će tražene informacije razmijeniti s nadležnim tijelom SAD-a. Utvrdi li se pokazatelj koji upućuje na poveznicu s SAD-om ili izmijenjene okolnosti dovedu do toga da se jedan ili više pokazatelja koji upućuju na SAD mogu povezati s računom, odnosno ugovorom o osiguranju, Allianz Hrvatska d.d. će prema tom ugovoru o osiguranju postupati kao prema onima o kojima se izvješćuje SAD-u. Allianz Hrvatska d.d. će prilikom obrađivanja podataka postupati u skladu s odredbama Zakona o administrativnoj suradnji u području poreza i sukladno Zakonu o zaštiti osobnih podataka te ostalim važećim propisima koji reguliraju zaštitu osobnih podataka. U slučaju izmjene podataka u ugovoru o osiguranju, Allianz Hrvatska d.d. će, sukladno svojim zakonskim ovlastima o provođenju CRS i FATCA dubinske analize klijenta, biti obavezan ponovno zatražiti određene podatke radi utvrđivanja CRS i FATCA statusa. Više detalja o FATCA i CRS propisima možete pronaći u službenim državnim glasilima te na internetskim stranicama porezne uprave Sjedinjenih Američkih Država (IRS) i Ministarstva financija, Porezne uprave Republike Hrvatske. Ugovaratelj je obavezan na svim promjenama navedenih podataka bez odgađanja obavijestiti osiguratelja.

29. Informacije o pritužbama i rješavanju sporova

Strane su suglasne sve sporove proizašle iz odnosa osiguranja nastojati rješavati mirnim putem.

1) Ugovaratelj, osiguranik te korisnik osiguranja obvezni su o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa osiguranja bez odgađanja obavijestiti Osiguratelja.

2) Obavijest iz prethodnog stavka podnositelji dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti, potpis podnositelja obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.

3) Ugovaratelj, osiguranik, ili korisnik iz ugovora o osiguranju može pritužbu protiv odluke ili postupanja Osiguratelja, Osiguratelju izjaviti usmeno na zapisnik (uz uvjet obostrane prisutnosti podnositelja i primatelja pritužbe) ili podnijeti pisanim putem:

- poštom na adresu: Allianz Hrvatska d.d., Kontakt centar, Heinzelova 70, Zagreb,
- telefaksom pozivom na broj 01/4653-533,
- elektroničkom poštom na e-adresu: osiguranje@allianz.hr,
- putem web obrasca koji se nalazi na www.allianz.hr,
- osobno na prodajnom mjestu osiguratelja,

Pritužba treba sadržavati:

- ime i prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog 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 pritužbe podnosi kao i prijedloge za izvođenje dokaza,
- datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa,
- punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.

Rok za podnošenje pritužbe protiv odluke ili postupanja Društva iznosi 15 dana od dana kada je podnositelj pritužbe primio odluku na koju podnosi pritužbu, odnosno od dana kada je saznao za razlog pritužbe. Pritužbe rješava Kontakt centar u suradnji s nadležnom organizacijskom jedinicom. Osiguratelj je dužan odgovoriti na pritužbu najkasnije u roku od 15 dana od primitka pritužbe, a na pritužbe pristigle pisanim putem, šalje se pismeni odgovor klijentu. Ako je pritužba podnesena elektroničkom poštom ili podnositelj pritužbe to traži, odgovor na pritužbu može se poslati

elektroničkom poštom.

4) Kada odgovor na pritužbu ne ispunjava ili ne ispunjava u cijelosti zahtjeve iz pritužbe, podnositelju pritužbe treba objasniti položaj Društva/Osiguratelja u pogledu pritužbe, a podnositelj pritužbe ima pravo na:

- podnošenje pritužbe pravobranitelju osiguranja zbog kršenja kodeksa o poslovnoj osigurateljnoj i reosigurateljnoj etici,
- pokretanje postupka za mirno rješavanje spora, primjerice pred Centrom za mirenje pri Hrvatskom gospodarskoj komori i/ili Centrom za mirenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje,
- podnošenje tužbe nadležnom sudu.

5) Svi sporovi koji proizlaze iz odnosa osiguranja ili u vezi s njim, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede ili prestanka, kao i na pravne učinke koji iz toga proistječu, mogu se uputiti na mirenje pri jednoj od organizacija za mirenje u Republici Hrvatskoj (Hrvatski ured za osiguranje, Hrvatska gospodarska komora ili Hrvatska udruga poslodavaca).

U slučaju da se unatoč nastojanju sporazumnog rješavanja spora ne uspije postići mirno rješenje spora, za sudske sporove ugovara se mjesna nadležnost suda u Zagrebu.

U primjeni od 16. prosinca 2019.

Opći uvjeti osiguranja života

I. Uvodne odredbe

1) Uvjetima za osiguranje života uređuju se imovinsko-pravni odnosi između ugovornih strana u ugovoru o osiguranju života.

2) Značenje pojmova prema ovim Uvjetima osiguranja:

Pojmovi su navedeni u muškom rodu, a koriste se kao neutralni i valjani su za oba spola.

Osiguratelj: Allianz Hrvatska d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj). Ugovorom o osiguranju obvezuje se na izvršenje obveza iz ugovora o osiguranju života za osigurane rizike.

Ugovaratelj osiguranja: Osoba koja zaključi ugovor o osiguranju s Osigurateljem i obvezuje se na uplatu premije osiguranja. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik može biti ista fizička osoba.

Ponuditelj osiguranja: Osoba koja podnosi pisanu ponudu Osiguratelju s namjerom sklapanja ugovora o osiguranju.

Osiguranik: Osoba na čiji se život odnosi osiguranje i o čijem doživljenju ili smrti ovisi isplata ugovorene svote.

Korisnik osiguranja: Osoba kojoj se isplaćuje ugovorena svota za ugovoreni osigurani slučaj.

Polica: Pisana isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju.

Ponuda: Pisani prijedlog ponuditelja osiguranja za sklapanje ugovora o osiguranju s Osigurateljem koji sadrži sve bitne elemente za sklapanje ugovora o osiguranju.

Odgovornost za izjave dane na ponudi - pisani oblik izjava: Na pitanja iz ponude mora se odgovoriti istinito i cjelovito, u suprotnom Osiguratelj može zahtijevati poništaj ili raskid ugovora ili predložiti povećanje premije odnosno razmjerno smanjiti iznos naknade, a ovisno o dokazanoj namjernoj ili nenamjernoj netočnoj prijavi ili prešućivanju podataka te izvršenom poništaju ili raskidu ugovora o osiguranju sukladno članku 11. i 12. Općih uvjeta osiguranja života. Za ispravnost ponude je odgovoran ponuditelj osiguranja, iako nije sam ispunjavao ponudu. Sve se izjave moraju navesti u ponudi u pisanom obliku. Posebni dogovori i ograničenja zahtijevaju pisanu potvrdu od strane Osiguratelja.

Ugovorena svota: Osigurani novčani iznos na koji je sklopljen ugovor o osiguranju i koji je Osiguratelj u obvezi isplatiti po nastanku osiguranog slučaja.

Premija osiguranja, doprinosi, porezi: Premija osiguranja je iznos koji je ugovaratelj osiguranja obvezan platiti Osiguratelju na temelju ugovora o osiguranju kao protuuslugu za preuzeto pokriće rizika. Visina premije osiguranja i način plaćanja navedeni su u ponudi i polici osiguranja. Sukladno važećim odredbama Zakona o porezu na dodanu vrijednost, na premiju osiguranja života se ne obračunava PDV.

Ako premiju osiguranja plaća poslodavac u korist svojih zaposlenika, premija se smatra primitkom od nesamostalnog rada na koji se plaćaju porezi i doprinosi kao na plaću. Sve poreze i doprinose propisane zakonom, koji se plaćaju na premiju osiguranja života, podmiruje ugovaratelj osiguranja.

Osigurani slučaj: Događaj prouzročeni osiguranim rizikom.

Ugovor o osiguranju: Dvostrani pravni posao kojim se ugovaratelj osiguranja obvezuje platiti premiju osiguranja, a Osiguratelj preuzima obvezu isplate ugovorene svote u slučaju nastanka osiguranog slučaja korisniku osiguranja.

Čine ga ponuda, policia, Uvjeti osiguranja, ukoliko je posebnim uvjetima definirano pravo na isto Tablica otkupnih vrijednosti/Tablica kapitaliziranih svota te sve klauzule koje su navedene na ponudi i polici osiguranja kao i svi pisani dodaci polici odnosno ponudi osiguranja.

Dokument s ključnim informacijama (KID): Dostupan je ugovaratelju osiguranja prije sklapanja ugovora o osiguranju, a isti sadrži bitne informacije o osigurateljno investicijskom proizvodu kako bi ugovaratelj mogao donijeti odluku o sklapanju ugovora o osiguranju. Dokument se nalazi na internetskoj stranici Osiguratelja na www.allianz.hr.

Informacije o strategijama za ulaganje za proizvode kod kojih ugovaratelj snosi rizik ulaganja:

- **Informacije o košaricama fondova:** Strategija ulaganja imovine, ciljevi i investicijska politika košarica fondova te profil ulagatelja kojima je košarica fondova namijenjena ovise o strategiji ulaganja imovine, ciljevima i

investicijskoj politici pojedinog fonda uključenog u košaricu fondova. Detaljne informacije o strategiji ulaganja imovine, ciljevima i investicijskoj politici fonda te profilu ulagatelja kojima je pojedini fond namijenjen i rizicima povezanim s ulaganjem moguće je pronaći u Prospektu i Pravilima fonda koji su dostupni na internet stranicama Allianz (www.allianz.hr) ili Društva za upravljanje investicijskim fondom ili besplatno u sjedištu Allianz, Društva za upravljanje investicijskim fondom te na svim mjestima na kojima se može ugovoriti.

- **Informacije o investicijskom fondu:** Detaljne informacije o strategiji ulaganja imovine, ciljevima i investicijskoj politici fonda te profilu ulagatelja kojima je fond namijenjen i rizicima povezanim s ulaganjem moguće je pronaći u Prospektu i Pravilima fonda koji su dostupni na internet stranicama Allianz (www.allianz.hr) ili Društva za upravljanje investicijskim fondom ili besplatno u sjedištu Allianz, Društva za upravljanje investicijskim fondom te na svim mjestima na kojima se može ugovoriti.

Prospekt i Pravila: Dokument fonda u kojem su sadržane sve informacije bitne za donošenje informirane odluke o ulaganju u fond, a posebno detaljne informacije o strategiji ulaganja imovine, ciljevima i investicijskoj politici fonda te profilu ulagatelja kojem je fond namijenjen i rizicima povezanim s ulaganjem.

Sudjelovanje u dobitku: Za ugovore o osiguranju temeljem kojih ugovaratelj može sudjelovati u raspodjeli dobitka pravo sudjelovanja definirano je posebnim uvjetima osiguranja.

Tablica otkupnih vrijednosti i kapitaliziranih svota: Tablica je dio ugovora o osiguranju i prikazuje personalizirani prikaz otkupnih vrijednosti i kapitaliziranih svota po godinama trajanja osiguranja. Tablica otkupnih vrijednosti i kapitaliziranih svota predaje se ugovaratelju osiguranja prije sklapanja ugovora o osiguranju u smislu predugovornog informiranja za ugovore o osiguranju koju sukladno posebnim uvjetima osiguranja imaju pravo na otkup/kapitalizaciju police.

Prestanak ugovora o osiguranju: Ugovor o osiguranju prestaje po nastupu jednog od osiguranih slučajeva (doživljenju ili smrti osiguranika).

Osim u spomenutim slučajevima ugovor o osiguranju prestaje i u slučajevima:

1. odustanka ugovaratelja od ugovora o osiguranju (u roku 30 dana od dana primitka primitka obavijesti Osiguratelja o sklapanju ugovora),
2. otkupa osiguranja,
3. poništaja ugovora o osiguranju, ukoliko se osiguratelj odluči koristiti ovim svojim pravom, a radi utvrđene namjerne netočne prijave ili prešućivanja podataka od strane ugovaratelja osiguranja sukladno ovim Općim uvjetima,
4. raskida ugovora o osiguranju, ukoliko se osiguratelj odluči koristiti ovim svojim pravom, a radi utvrđene nenamjerne netočnosti ili nepotpunosti prijave od strane ugovaratelja osiguranja sukladno ovim Općim uvjetima,
5. utvrđenjem ništetnosti ugovora o osiguranju,
6. raskida ugovora o osiguranju kao posljedice neplaćanja premije,
7. kod višekratnog ugovora o osiguranju života kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja kada je ugovor o osiguranju kapitaliziran, a na polici više nema sredstava za naplatu administrativne naknade.

3) Uputa o primjeni dopunskih uvjeta osiguranja:

Dopunski rizici u skladu s odgovarajućim vrstama životnih osiguranja osiguravaju se prema dopunskim uvjetima.

4) Uputa o primjeni posebnih uvjeta osiguranja:

Posebni uvjeti primjenjuju se na grupu ugovora o osiguranju ili sadrže odredbe koje nisu sadržane u ovim Općim uvjetima osiguranja. Posebnim uvjetima može se proširiti ili suziti osigurateljna zaštita utvrđena u Općim uvjetima.

Posebnim uvjetima za osiguranje uvećanih rizika regulirana je procjena rizika za osiguranike koji predstavljaju uvećani rizik za Osiguratelja (npr. zbog rizičnog zanimanja, zdravstvenog stanja ili sl.).

II. Ponuda i policia

Članak 1.

- 1) Ugovor o osiguranju života sklapa se na temelju pisane ponude učinjene Osiguratelju. Ponuda je sastavni dio ugovora o osiguranju.
- 2) Podaci za sklapanje ugovora o osiguranju i podaci o opasnostima koje utječu na visinu rizika, a koji Osiguratelj treba preuzeti u pokriće, moraju biti istiniti i navedeni u pisanoj ponudi točno i potpuno.
- 3) Ponuda osiguranja života sadrži bitne elemente za sklapanje ugovora o osiguranju, a Osiguratelj zadržava pravo tražiti i dodatne podatke u svrhu sklapanja ugovora.
- 4) U slučajevima kada ugovaratelj osiguranja nije ujedno i osiguranik, za pravovaljanost ugovora potrebna je pisana suglasnost osiguranika dana u ponudi ili u odvojenom pismu prilikom potpisivanja ponude s naznakom ugovorene svote.
- 5) Za pravovaljanost osiguranja za slučaj smrti osobe starije od 14 (četnaest) godina, a do navršениh 18 (osamnaest) godina života, potrebna je pisana suglasnost osiguranika i njezina zakonskog zastupnika.

Članak 2.

- 1) Ugovor o osiguranju je sklopljen kada ugovorne strane potpišu policu osiguranja.
- 2) Pisana ponuda za sklapanje ugovora o osiguranju učinjena Osiguratelju veže ponuditelja, 8 (osam) dana od dana kada je Osiguratelj primio ponudu za osiguranje bez liječničkog pregleda, odnosno 30 (trideset) dana ako je potreban liječnički pregled.
- 3) Ako Osiguratelj u rokovima iz prethodnog stavka ovoga članka ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uvjeta za predloženo osiguranje smatrat će se da je Osiguratelj prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen. U tom slučaju ugovor se smatra sklopljenim kad je ponuda prispjela Osiguratelju.
- 4) Ugovaratelj osiguranja može obavijestiti Osiguratelja o odustajanju od ugovora o osiguranju u roku 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti Osiguratelja o sklapanju ugovora i pri tome ne snosi obveze koje proizlaze iz tog ugovora. Osiguratelj je u tom slučaju dužan izvršiti povrat plaćene premije.
- 5) Ako se u razdoblju od podnošenja ponude do prihvata ponude u osiguranje povećaju opasnosti koje utječu na visinu rizika, kao što su oboljenja, ozljede osiguranika, bavljenje sportom ili promjena zanimanja, osiguranik, odnosno ugovaratelj osiguranja, obavezan je o tome odmah nakon spoznaje pisanim putem izvijestiti Osiguratelja.
- 6) Osiguratelj zadržava pravo odbiti ponudu za osiguranje, ne navodeći razloge odbijanja ponude, a ponuda s priloženim dokumentima ne vraća se ponuditelju odnosno ugovaratelju osiguranja.
- 7) Sve promjene ponude i zahtjevi ponuditelja, ugovaratelja ili Osiguratelja trebaju biti u pisanoj obliku, a smatra se da su podneseni na dan kada ih je primila strana kojoj su poslani. Ukoliko se promjene šalju poštom kao dan primitka smatra se dan predaje istih poštanskom uredu.

Članak 3.

- 1) Polica osiguranja života isprava je o sklopljenom ugovoru o osiguranju, a izdaje se u jednom primjerku.
- 2) Polica sadrži: naziv Osiguratelja, ime i prezime ugovaratelja osiguranja, ime i prezime osiguranika, datum rođenja osiguranika, rizike obuhvaćene osiguranjem, početak i istek osiguranja, ugovorenu svotu, premiju osiguranja, korisnika osiguranja za slučaj smrti odnosno doživljenja te datum izdavanja police i potpise ugovornih strana.
- 3) Uz ponudu i policu osiguranja, sastavni dio ugovora o osiguranju su ovi Opći uvjeti osiguranja, dopunski i posebni uvjeti osiguranja, Tablica otkupnih vrijednosti/Tablica kapitaliziranih svota, sve klauzule koje su navedene na ponudi i polici osiguranja kao i svi pisani dodaci polici odnosno ponudi osiguranja.
- 4) Polica osiguranja može glasiti na određenu osobu ili po naredbi, ali ne može glasiti na donositelja.
- 5) Za pravovaljanost indosamenta police po naredbi, potrebno je da sadrži ime korisnika, datum indosiranja i potpis indosanta.

III. Početak i istek osiguranja

Članak 4.

- 1) Početak i istek osiguranja uvijek su u 00.00 sati prvoga dana u mjesecu osim ako nije drugačije ugovoreno. Dan, mjesec i godina početka i isteka osiguranja navedeni su u ponudi i polici.
- 2) Početak osiguranja u pravilu je prvi dan u mjesecu koji slijedi mjesec potpisivanja ponude i plaćanja prve premije. Iznimno, za ugovore sklopljene i premiju plaćenu do 15-og u mjesecu, početak osiguranja može biti prvi dan u tom mjesecu. Početak osiguranja može biti drugačije definiran posebnim uvjetima osiguranja.

- 3) Osigurateljeva obveza počinje od datuma početka osiguranja ako je dotad u cijelosti plaćena premija ili njezin prvi obrok.
- 4) Ako premija ili njezin prvi obrok, nije plaćena do početka osiguranja ili u ugovorenom roku, Osigurateljeva obveza počinje u 24.00 sata onoga dana kada ugovorena prva premija ili njezin prvi obrok ili jednokratna premija bude plaćena u cijelosti.
- 5) Osiguranje života traje do smrti osiguranika, a najduže do 00.00 sati onoga dana koji je na polici osiguranja naznačen kao istek osiguranja.

IV. Privremena osigurateljna zaštita

Članak 5.

- 1) Po ponudi za sklapanje ugovora o osiguranju, u razdoblju od 00.00 sati prvog sljedećeg dana od dana uplate prve premije ili prvog obroka ili jednokratne premije pa do početka osigurateljne obveze ili odbijanja ponude, ali najduže 30 (trideset) dana od dana uplate premije, Osiguratelj će pružiti privremenu osigurateljnu zaštitu. Rok pružanja privremene osigurateljne zaštite može biti drugačije definiran posebnim uvjetima osiguranja.
- 2) Visina privremene osigurateljne zaštite i način isplate definirani su posebnim uvjetima osiguranja.
- 3) Privremena osigurateljna zaštita isplaćuje se korisnicima osiguranja, u slučaju smrti osiguranika, bez obzira na uzrok smrti, u razdoblju prema stavku 1) ovoga članka.

V. Premija osiguranja

Članak 6.

- 1) Premija osiguranja utvrđena je cjenicima, ovisno o visini ugovorene svote, osiguranikovoju pristupnoj dobi i o trajanju osiguranja.
- 2) Pristupna dob je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika.
- 3) Za osiguranje osobe koja je podložna većoj smrtnoj opasnosti, primjenjuju se dodaci na premiju utvrđeni cjenicima Osiguratelja i posebnim uvjetima za osiguranje uvećanih rizika.

Članak 7.

- 1) Premija osiguranja i ugovorene svote ugovaraju se u EUR-ima i plaćaju u HRK.
- 2) Premija se preračunava na temelju kunske protuvrijednosti EUR-a prema srednjem tečaju Hrvatske narodne banke (HNB) za uplatu prve premije ili jednokratne uplate na dan uplate, a za sve ostale uplate premije na dan dospijeća definiranog policom osiguranja, odnosno kod zakašnjenja u plaćanju na dan plaćanja.
- 3) Minimalna premija koju je ugovaratelj obavezan platiti kako bi sklopio ugovor o osiguranju definirana je važećim cjenikom osiguratelja.

Članak 8.

- 1) Premija se plaća unaprijed u rokovima utvrđenim u ponudi osiguranja, a prema cjeniku za jednokratno plaćanje premije ili prema cjeniku za godišnje plaćanje premije. Ako se premija plaća svaki mjesec, svaka tri mjeseca ili svakih šest mjeseci, primjenjuje se cjenik za godišnje plaćanje premije s povećanjem za plaćanje u obrocima.
- 2) Ugovaratelj je obavezan platiti premiju u ugovorenim rokovima i na ugovoreni način.
- 3) Premija se plaća u punom iznosu bez umanjjenja za troškove platnog prometa.
- 4) Premija se plaća na blagajni Osiguratelja, preko pošte ili banke. Smatra se da je premija plaćena onoga dana kada je uplata provedena na žiro račun Osiguratelja odnosno kad je uplata provedena na blagajni Osiguratelja.
- 5) Osiguratelj je obavezan primiti premiju od svake osobe koja ima pravni interes da premija bude plaćena.

Članak 9.

- 1) Ako je ugovoreno plaćanje prema cjeniku za godišnje plaćanje premije Osiguratelj ima pravo na zateznu kamatu na zakašnjele obroke premije. Obračun zatezne kamate počinje teći 15. (petnaestog) dana od dana dospijeća.
- 2) Osiguratelj ima pravo pri isplati ugovorene svote po bilo kojoj osnovi ugovora o osiguranju, odbiti od iznosa ugovorene svote svu dotad dospjelu neplaćenu premiju po polici i zateznu kamatu, te neplaćenu premiju po polici za osigurateljnu godinu u kojoj je nastupila osiguranikova smrt.
- 3) Osiguratelj nema pravo tražiti plaćanje premije sudskim putem.

VI. Posljedice neplaćanja premije

Članak 10.

1) Ako ugovaratelj osiguranja na Osigurateljev poziv, koji mu mora biti dostavljen preporučenim pismom, ne plati dospjelu premiju u roku određenom u tom pismu, a koji ne može biti kraći od mjesec dana, računajući od dana uručivanja pisma, niti to učini druga zainteresirana osoba, Osiguratelj može, ako su zadovoljeni uvjeti za kapitalizaciju definirani posebnim uvjetima osiguranja, izvijestiti ugovaratelja osiguranja da smanjuje ugovorenu svotu u skladu s Tablicom kapitaliziranih svota osiguranja bez daljnjeg plaćanja premije, a u suprotnom da raskida ugovor, bez prava na povrat dotad uplaćene premije.

2) Ako se osigurani slučaj dogodi prije raskida ugovora ili smanjenja ugovorene svote, ali poslije osigurateljeva poziva iz stavka 1) ovoga članka, smatrat će se da je ugovorena svota smanjena, odnosno da je ugovor raskinut, ovisno o tome jesu li zadovoljeni uvjeti za kapitalizaciju definirani posebnim uvjetima osiguranja.

VII. Obveze ugovaratelja osiguranja

Članak 11.

1) Prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, ugovaratelj osiguranja obavezan je prijaviti Osiguratelju sve okolnosti relevantne za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

2) Ako je ugovaratelj osiguranja namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve naravi da Osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, Osiguratelj može zahtijevati poništaj ugovora.

3) Ako Osiguratelj pri poništaju vrati do tada naplaćenu premiju osiguranja nije u obvezi platiti ugovorenu svotu ako osigurani slučaj nastupi do dana podnošenja zahtjeva za poništaj.

4) Ako Osiguratelj u slučaju poništaja ugovora zadrži premiju naplaćenu do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ili je naplati u obvezi je plaćanja ugovorene svote ako do toga dana nastupi osigurani slučaj.

5) Osigurateljevo pravo da zahtijeva poništaj ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od 3 (tri) mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

Članak 12.

1) Ako je ugovaratelj osiguranja dao netočne podatke ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, Osiguratelj može po svom izboru, a u roku od mjesec dana od spoznaje za netočnost ili nepotpunost podataka, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije razmjerno većem riziku.

2) U slučaju iz stavka 1) ovoga članka, ugovor prestaje nakon isteka 14 (četnaest) dana od dana kada je Osiguratelj priopćio svoju izjavu o raskidu ugovaratelju osiguranja, a u slučaju Osigurateljeva prijedloga da se premija poveća, raskid nastupa po samom zakonu ako ugovaratelj ne prihvati prijedlog u roku 14 (četnaest) dana od dana primitka prijedloga.

3) U slučaju raskida ugovora u smislu stavaka 1) i 2) ovoga članka, Osiguratelj je obavezan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

4) Ako se osigurani slučaj dogodio prije nego što je utvrđena netočnost ili nepotpunost prijave, ili poslije toga, ali prije raskida ugovora, odnosno prije sporazuma o povećanju premije, ugovorena se svota smanjuje razmjerno plaćenju premiji i premiji koju je trebalo platiti prema stvarnom riziku.

Članak 13.

1) Ako su Osiguratelju u trenutku sklapanja ugovora bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate okolnosti koje su od značenja za ocjenu rizika, a koje je ugovaratelj netočno prijavio ili prešutio, ne može se pozivati na netočnost prijave ili prešućivanje.

Članak 14.

1) Ugovaratelj osiguranja dužan je, tijekom trajanja ugovora o osiguranju, obavijestiti Osiguratelja o promjeni svog zanimanja ili o promjeni zanimanja osiguranika ukoliko je ugovaratelj različit od osiguranika, a ako je rizik povećan zbog promjene zanimanja.

2) Ugovaratelj osiguranja obavezan je odmah pisanim putem javiti promjenu prebivališta, adrese stanovanja, načina i mjesta plaćanja premije. U protivnom Osiguratelj zadržava pravo slati pisane obavijesti na posljednju adresu ugovaratelja osiguranja dostavljenu Osiguratelju.

3) Sve odredbe tako poslanih obavijesti stupaju na snagu s danom predaje obavijesti poštanskom uredu kao da ih je ugovaratelj primio.

4) Sve obavijesti koje je ugovaratelj osiguranja, osiguranik ili korisnik obavezan

učiniti prema odredbama ovih Uvjeta u pravilu se dostavljaju u pisanom obliku. Kao dan primitka obavijesti ili prijave smatra se dan kad ih je primila strana kojoj su poslana. Ako se obavijest ili prijava šalju putem pošte, kao dan primitka smatra se dan predaje poštanskom uredu.

VIII. Netočna prijava osiguranikove pristupne dobi

Članak 15.

1) Ugovor o osiguranju života ništetan je i Osiguratelj je obavezan u svakom slučaju vratiti sve primljene premije ako su pri njegovu sklapanju netočno prijavljene osiguranikove godine života, a njegove su stvarne godine života izvan granica u kojima Osiguratelj prema svojim uvjetima i cjenicima sklapa osiguranje života.

2) Ako je netočno prijavljeno da osiguranik ima manje godina, a njegove stvarne godine života ne prelaze granicu do koje Osiguratelj sklapa osiguranje života, ugovor je pravaočan, a ugovorena se svota smanjuje u razmjeru ugovorene premije i premije predviđene za osiguranje života osobe osiguranikovih godina.

3) Ako osiguranik ima manje godina nego što je prijavljeno pri sklapanju ugovora, premija se smanjuje na odgovarajući iznos, a Osiguratelj je obavezan vratiti razliku između primljenih premija i premija na koje ima pravo.

IX. Osigurateljeve obveze

Članak 16.

1) Osigurateljeve obveze definirane su posebnim uvjetima osiguranja.

X. Pojam nesretnog slučaja

Članak 17.

1) Nesretnim se slučajem smatra svaki iznenadni i o osiguranikovoju liji neovisan događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na osiguranikovo tijelo, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelomični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili pogoršanje zdravlja koje zahtjeva liječničku pomoć.

2) U smislu prethodnog stavka nesretnim se slučajem smatraju sljedeći događaji: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, pokliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem, ubod ili ugriz životinje i ubod insekta, osim ako je takvim ubodom prouzročena kakva infektivna bolest.

3) Pod nesretnim slučajem smatra se i sljedeće:

- a. trovanje kemijskim sredstvima zbog osiguranikova neznanja, osim profesionalnih bolesti,
- b. infekcija ozljede uzrokovane nesretnim slučajem,
- c. trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti,
- d. opekline vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.,
- e. davljenje i utapanje,
- f. gušenje i ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl.),
- g. istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastane zbog naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima, ako to nakon ozljede utvrdi odgovarajući liječnik specijalista,
- h. posljedice dugotrajnog djelovanja svjetlosti, sunčanih zraka, visoke ili niske temperature, ako im je osiguranik bio izložen neposredno zbog jednog nesretnog slučaja nastalog prije toga ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog života,
- i. djelovanje rendgenskih ili radioaktivnih zraka ako nastupe naglo ili iznenada, osim profesionalnih bolesti.

4) Nesretnim slučajem u smislu ovih Uvjeta, ne smatraju se:

- a. zarazne, profesionalne i ostale bolesti, urođene i stečene bolesti i/ili deformacije kao ni posljedice psihičkih bolesti,
- b. trbušne kile, preponske kile, pupčane i ostale kile,
- c. infekcije i bolesti koje nastanu zbog raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva, ili drugih izraslina tvrde kože,
- d. anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastaloga nesretnog slučaja,
- e. hernia disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, kokcigodinija, ishialgija i miofascitis, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko-križne regije označene analognim terminima,
- f. odjeljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promijenjenog oka, a iznimno se priznaje odjeljenje mrežnice prethodno zdravog oka ako postoje znakovi izravne vanjske ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi,

- g. posljedice koje nastanu zbog delirium tremensa i djelovanja droga,
- h. posljedice medicinskih, posebice operativnih zahvata koji se poduzimaju radi liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako su te posljedice nastupile zbog dokazane pogreške medicinskog osoblja (vitium artis); pogreška medicinskog osoblja dokazuje se pravomoćnim Rješenjem nadležnog suda,
- i. patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize; sustavne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti,
- j. nesretni slučajevi koje uzrokuje srčana kljenut (infarkt) - srčana se kljenut (infarkt) ni u kojem slučaju ne smatra posljedicom nesretnog slučaja,
- k. nesretni slučajevi zbog udara moždane kapi, poremećaja uma ili svijesti, osim ako su i ti utjecaji neposredno uzrokovani nesretnim slučajem koji se može svesti u okviru nesretnog slučaja koji Osiguratelj prihvaća.

XI. Isključenje i ograničenje osigurateljeve obveze

Članak 18.

- 1) Prema ovim Uvjetima osiguranja mogu se osigurati samo potpuno zdrave osobe. Osobe koje nisu potpuno zdrave, mogu se osigurati prema ovim Uvjetima, ali u skladu s posebnim uvjetima za osiguranje uvećanih rizika.
- 2) Ništetno je osiguranje za slučaj smrti osobe mlađe od navršanih 14 (četnaest) godina i osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti.

Članak 19.

- 1) Ako osiguranik učini samoubojstvo u prve 3 (tri) godine trajanja osiguranja, Osiguratelj nije dužan isplatiti korisniku osiguranja ugovorenu svotu nego matematičku pričuvu uvećanu za do tada pripisani nezajamčeni udjel u dobitku osim ako drugačije nije ugovoreno posebnim uvjetima osiguranja.
- 2) Osiguratelj nije u obvezi isplatiti korisniku osiguranja ugovorenu svotu ako je korisnik osiguranja namjerno uzrokovao osiguranikovu smrt. U tom slučaju Osiguratelj isplaćuje ugovaratelju osiguranja matematičku pričuvu uvećanu za do tada pripisani nezajamčeni udjel u dobitku, a ako je ugovaratelj ujedno i osiguranik tada njegovim nasljednicima.
- 3) Osiguratelj nije u obvezi isplatiti korisniku osiguranja ugovorenu svotu ako je ugovaratelj osiguranja namjerno uzrokovao osiguranikovu smrt. U tom slučaju Osiguratelj korisniku osiguranja isplaćuje matematičku pričuvu uvećanu za do tada pripisani nezajamčeni udjel u dobitku.
- 4) Posebnim uvjetima osiguranja mogu se drugačije ili dodatno definirati isključenja i ograničenja osigurateljeve obveze.

XII. Prava ugovaratelja osiguranja prije nastupa osiguranog slučaja

Prava ugovaratelja osiguranja detaljno su definirana su posebnim uvjetima osiguranja.

Otkup

Članak 20.

- 1) Na zahtjev ugovaratelja osiguranja, Osiguratelj je obavezan isplatiti otkupnu vrijednost police na temelju Tablice otkupnih vrijednosti ako su ispunjeni uvjeti za isplatu otkupne vrijednosti.
- 2) Ukoliko su ispunjeni uvjeti za isplatu otkupne vrijednosti sukladno posebnim uvjetima osiguranja definirani će se i vrijeme kada se otkup može najranije zatražiti kao i definicija otkupne vrijednosti (što čini otkupnu vrijednost police osiguranja).
- 3) Pravo zahtjeva otkupa nemaju vjerovnici ugovaratelja osiguranja niti korisnik osiguranja, osim na korisnikov zahtjev ako je određivanje korisnika neopozivo.
- 4) Iznimno, otkup police može zahtijevati vjerovnik komu je policia predana u zalog ako potraživanje radi čijeg je osiguranja dan zalog ne bude namireno po dospelosti.

Predujam ili pozajmica

Članak 21.

- 1) Ako su ostvareni uvjeti definirani posebnim uvjetima, na zahtjev ugovaratelja osiguranja života zaključenog za cijeli osiguranikov život, Osiguratelj može isplatiti unaprijed dio ugovorene svote do visine otkupne vrijednosti police, koji ugovaratelj osiguranja može poslije vratiti. Predujam će se u slučaju nastupa osiguranog slučaja uračunati u obvezu, a u slučaju obustave plaćanja premije u otkupnu vrijednost police.
- 2) Ugovaratelj osiguranja obavezan je plaćati određenu kamatu na primljeni predujam. Kod zakašnjenja s plaćanjem dospjele kamate postupit će se kao da je zahtijevan otkup.
- 3) U polici osiguranja, ili u odvojenom pismu, moraju se navesti uvjeti davanja predujma, mogućnost da se iznos predujma vrati Osiguratelju, kamatna stopa i posljedica neplaćanja dospjele kamate.

Zalog police

Članak 22.

- 1) Polica osiguranja života može biti predmet zaloga.
- 2) Zalog police ima učinak prema Osiguratelju samo ako je Osiguratelj pisanim putem obaviješten da je policia dana u zalog određenom vjerovniku.
- 3) Kod police po naredbi zalog se vrši indosamentom.

XIII. Raspolaganje pravima iz osiguranja

Članak 23.

- 1) Sva prava iz ugovora o osiguranju života pripadaju ugovaratelju osiguranja sve dok ne nastupi osigurani slučaj.
- 2) Izjava i zahtjev ugovaratelja osiguranja vezani za prava iz osiguranja obvezuju Osiguratelja, uz uvjet da su dati u pisanom obliku i primljeni kod Osiguratelja prije nastanka osiguranog slučaja.
- 3) Kada osoba određena za korisnika za slučaj smrti ili doživljenja umre prije nastanka osiguranog slučaja, ugovorena svota ne pripada njegovim nasljednicima, nego sljedećem korisniku, a ako on nije određen, tada imovini ugovaratelja osiguranja.
- 4) Svoje pravo na ugovorenu svotu za slučaj smrti ili doživljenja korisnik može prenijeti na drugu osobu prije nastanka osiguranog slučaja, ali mu je za to potreban pisani pristanak ugovaratelja osiguranja u kojem mora biti navedeno ime osobe na koju se pravo prenosi. Ako ugovaratelj osiguranja nije ujedno i osiguranik, potreban je isti takav osiguranikov pristanak.

XIV. Pravo naknade

Članak 24.

- 1) Isplaćenu ugovorenu svotu Osiguratelj ne može naknaditi ni po kojem temelju od osobe odgovorne za nastup osiguranog slučaja.
- 2) Pravo na naknadu od osobe odgovorne za nastup osiguranog slučaja pripada osiguraniku, odnosno korisniku, neovisno o njegovu pravu na ugovorenu svotu.

XV. Prijava osiguranog slučaja

Članak 25.

- 1) Osobe koje polažu pravo na ugovorenu svotu obvezne su, kad nastupi osigurani slučaj, Osiguratelju podnijeti pisanu prijavu.
- 2) Uz zahtjev iz prethodnog stavka podnose se dokumenti definirani posebnim uvjetima osiguranja.
- 3) Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu (npr. Rješenje o nasljeđivanju u slučaju da su korisnici osiguranja zakonski nasljednici, a nastupila je osiguranikova smrt i sl.).
- 4) Dokumentacija uz prijavu se podnosi u izvorniku ili u preslikama. Troškove koji nastanu na temelju ovih odredaba snosi podnositelj prijave.

XVI. Isplata osigurnine

Članak 26.

- 1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti osigurinu određenu ugovorom u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od 14 (četnaest) dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.
- 2) Ako je za utvrđivanje postojanja Osigurateljeve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti osigurinu određenu ugovorom u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili podnositelja zahtjeva u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.
- 3) Ako iznos Osigurateljeve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1) i 2) ovoga članka, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.

Članak 27.

- 1) Ugovorena svota i udjel u dobitku isplaćuju se u kunskoj protuvrijednosti EUR prema srednjem tečaju Hrvatske narodne banke (HNB) na dan isteka osiguranja, a u slučaju osiguranikove smrti na dan obračuna isplate. Ostale naknade, ako su definirane posebnim uvjetima osiguranja, isplaćuju se u kunskoj protuvrijednosti EUR prema srednjem tečaju Hrvatske narodne banke HNB na dan obračuna isplate.

Članak 28.

- 1) Kada Osiguratelj isplati ugovorenu svotu osobi koja bi na nju imala pravo da ugovaratelj osiguranja nije odredio korisnika, Osiguratelj se oslobađa obveze iz ugovora o osiguranju ako u trenutku isplate nije znao, niti je mogao znati, da je korisnik određen oporukom ili drugim spisom koji mu nije dostavljen, a korisnik ima pravo zahtijevati vraćanje od osobe koja je primila ugovorenu svotu. Isto vrijedi i u slučaju promjene korisnika.

XVII. Korisnik osiguranja

Članak 29.

- 1) Ugovaratelj osiguranja može ugovorom ili nekim kasnijim pravnim poslom, pa i oporukom, odrediti osobu po imenu kojoj će pripasti pravo iz ugovora. Ako ugovaratelj osiguranja nije ujedno i osiguranik, za određivanje korisnika potrebna je pisana osiguranikova suglasnost.
- 2) Korisnik ne mora biti određen po imenu, nego je dovoljno da spis sadrži nužne podatke za njegovo određivanje.
- 3) Kada su za korisnika određena djeca ili potomci, korist pripada i onima koji su rođeni nakon sklapanja osiguranja, a korist namijenjena bračnom drugu ili registriranom partneru pripada osobi koja je bila u braku ili registriranom partnerstvu s osiguranikom u trenutku njegove smrti.
- 4) Kada su za korisnika određena djeca, potomci ili uopće nasljednici, ako ugovaratelj osiguranja nije odredio kako će se obaviti podjela između njih, podjela će se obaviti razmjerno nasljedničkim dijelovima, a ako korisnici nisu nasljednici, ugovorena će svota biti podijeljena na jednake dijelove.

Članak 30.

- 1) Ugovorena svota koja treba biti isplaćena korisniku ne ulazi u ostavinu ugovaratelja osiguranja, pa ni onda kada su za korisnika određeni njegovi nasljednici.
- 2) Pravo na ugovorenu svotu ima samo korisnik, i to od samog zaključenja ugovora o osiguranju i bez obzira na to kako je i kada određen korisnikom.
- 3) Vjerovnici ugovaratelja osiguranja i osiguranika nemaju nikakvo pravo na osigurani iznos ugovoren za korisnika. Ali, ako su premije koje je uplatio ugovaratelj osiguranja bile nerazumno visoke prema njegovim mogućnostima u trenutku uplate, njegovi vjerovnici mogu zahtijevati da im se preda dio premija koji premašuje njegove mogućnosti, ako su ispunjene pretpostavke pod kojima vjerovnici imaju pravo na pobijanje dužnikovih pravnih radnji.

XVIII. Izdavanje duplikata police

Članak 31.

- 1) Na zahtjev ugovaratelja osiguranja Osiguratelj će nestalu policu osiguranja zamijeniti duplikatom nakon dostave Izjave o nestanku te police.

XIX. Naknada za usluge

Članak 32.

- 1) Ugovaratelj je obvezan unaprijed platiti naknadu za usluge koje posebno traži od Osiguratelja u visini koju odredi i zatraži Osiguratelj, prema važećem cjeniku usluga u trenutku traženja usluge.
- 2) Ugovaratelj je obvezan uz ugovorenu premiju platiti i sve doprinose i poreze uvedene propisima.

XX. Zastara

Članak 33.

- 1) Potraživanja iz ugovora o osiguranju života zastarijevaju prema odredbama mjerodavnog prava koje se primjenjuje na ugovor o osiguranju.

XXI. Završne odredbe

Članak 34.

- 1) Za odnose između Osiguratelja, osiguranika, ugovaratelja osiguranja, korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulirani ovim Uvjetima osiguranja, primjenjivat će se odredbe mjerodavnog prava koje se primjenjuju na ugovor o osiguranju.

U primjeni od 16. prosinca 2019.

Posebni uvjeti osiguranja života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja

I. UVODNE ODREDBE

1) Posebni uvjeti osiguranja života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja (dalje u tekstu: Posebni uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju života kojeg ugovaratelj sklopi s Allianz Hrvatska d.d.

Na sklopljeni ugovor o osiguranju života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja primjenjuju se odredbe važećih Općih uvjeta osiguranja života kao i odredbe ovih Posebnih uvjeta. U slučaju neslaganja nekih odredbi Općih uvjeta s odredbama ovih Posebnih uvjeta primjenit će se odredbe ovih Posebnih uvjeta.

2) Značenje pojmova prema ovim uvjetima:

Društvo za upravljanje investicijskim fondovima: Društvo koje ima odobrenje sukladno zakonu koji regulira poslovanje UCITS fondova (u daljnjem tekstu: Društvo).

Ugovorena svota: Novčani iznos koji predstavlja najniži iznos obveze Osiguratelja u slučaju nastanka osiguranog slučaja smrti osiguranika.

Osigurnina: Novčani iznos koji osiguratelj isplaćuje korisniku osiguranja ako nastane osigurani slučaj u skladu s ovim Posebnim uvjetima.

Investicijski fond: UCITS fond kojim se trguje na tržištu kapitala. Cijenu udjela fonda utvrđuje Društvo za upravljanje investicijskim fondovima na određeni dan.

UCITS fond: Otvoreni investicijski fond s javnom ponudom.

ISIN: Identifikacijski broj investicijskog fonda na tržištu kapitala.

Košarica investicijskih fondova: Sastoji se od investicijskih fondova i novca (dalje u tekstu: gotovine) na računu zastupljenih u određenim omjerima. Cjelokupna ponuda košarica investicijskih fondova (dalje u tekstu: Košarica fondova) s ugovorenim omjerima definirana je cjenikom osiguratelja, ponudom osiguranja i Dokumentom s ključnim informacijama. Ugovorena košarica fondova navedena je na ponudi i polici osiguranja. Na cijenu obračunske jedinice pojedine košarice veže se premija za ulaganje.

Gotovina na računu košarice fondova: Javlja se kao posljedica uplata premije za ulaganje na račun košarice fondova koji se ne mogu investirati isti dan ili gotovine koja je potrebna radi izvršenja isplata iz košarice fondova. Udio gotovine na računu u pojedinoj košarici je najviše do 5% od ukupne vrijednosti imovine košarice fondova.

Balansiranje košarice fondova: Usklađivanje omjera investicijskih fondova i gotovine u pojedinoj košarici fondova. Najveće odstupanje definiranih omjera u fondovima je 3%.

Premija osiguranja: Iznos premije koji je ugovaratelj osiguranja obvezan platiti Osiguratelju na temelju sklopljenog ugovora o osiguranju.

Premija osiguranja za ulaganje: Dio premije osiguranja koji se veže na cijenu obračunske jedinice košarice fondova, a jednak je razlici između premije osiguranja i ulazne naknade.

Ulazna naknada: Ulazna naknada se obračunava od svake uplate premije osiguranja u prvoj godini osiguranja sukladno ugovorenoj dinamici plaćanja premije, a visina se utvrđuje cjenikom te je definirana ponudom i policom osiguranja.

Izlazna naknada: Izlazna naknada se obračunava prilikom otkupa osiguranja, a uvjeti pod kojima se ista naplaćuje i njezina visina definirani su ovim Posebnim uvjetima.

Administrativna naknada: Administrativna naknada se obračunava i naplaćuje mjesečno, pokriva godišnje troškove osiguranja, a visina se utvrđuje cjenikom te je definirana ponudom i policom osiguranja.

Naknada za pokriće rizika smrti: Naknada se naplaćuje jednom mjesečno prodajom obračunskih jedinica pojedinog ugovora o osiguranju. Uvjeti pod kojima se naknada naplaćuje definirani su ovim Posebnim uvjetima.

Cijena obračunske jedinice košarice fondova: Dobiva se iz cijene udjela pojedinog investicijskog fonda u košarici uzimajući u obzir definirani omjer investicijskih fondova u košarici, uz definirano odstupanje i dozvoljeni iznos gotovine na računu pojedine košarice fondova. Utvrđivanje cijene obračunske jedinice košarice fondova vrši se dnevno i objavljuje na internetskoj stranici Osiguratelja, a izražava se u eurima. Cijena obračunske jedinice košarice fondova primjenjuje se pri utvrđivanju referentnog broja obračunskih jedinica

po polici, pri izračunu tržišne vrijednosti police osiguranja, pri kupnji i prodaji obračunskih jedinica košarice fondova.

Referentni broj obračunskih jedinica: Dobiva se na način da se premija za ulaganje podijeli s cijenom obračunske jedinice košarice fondova na dan kupnje odnosno prodaje. Referentni broj obračunskih jedinica određuje se kod svake kupnje i prodaje obračunskih jedinica. Prema referentnom broju obračunskih jedinica se utvrđuje tržišna vrijednost police osiguranja.

Tržišna vrijednost police osiguranja: Promatra se na određeni dan, a računa se na način da se referentni broj obračunskih jedinica po polici pomnoži s cijenom obračunske jedinice košarice fondova na taj dan. Izražava se u eurima.

Vrednovanje: Izračun tržišne vrijednosti police osiguranja na određeni dan.

Kupnja obračunskih jedinica u košarici fondova: Dodjela polici osiguranja odnosno investicijskom računu onolikog broja obračunskih jedinica košarice fondova čija je ukupna vrijednost jednaka iznosu uplaćenih sredstava u košaricu na dan kupnje.

Prodaja obračunskih jedinica košarice fondova: Umanjenje s police osiguranja onolikog broja obračunskih jedinica košarice fondova čija je ukupna vrijednost jednaka iznosu koji se prodaje po cijeni obračunske jedinice košarice fondova na dan prodaje.

Dokument s ključnim informacijama: Dostavlja se ugovaratelju osiguranja prije sklapanja ugovora o osiguranju i sadrži bitne informacije o osigurateljno investicijskom proizvodu kako bi ugovaratelj mogao donijeti odluku o sklapanju ugovora o osiguranju. Dostupan je na internetskoj stranici Osiguratelja na <https://www.allianz.hr/allianz-prospekt-visekratni>.

Prospekt i Pravila: Dokument fonda u kojem su sadržane sve informacije bitne za donošenje informirane odluke o ulaganju u fond, a posebno detaljne informacije o strategiji ulaganja imovine, ciljevima i investicijskoj politici fonda te profilu ulagatelja kojem je fond namijenjen i rizicima povezanim s ulaganjem. Dostupan je na internetskoj stranici Osiguratelja www.allianz.hr/allianz-prospekt-visekratni.

Obavijest o tržišnoj vrijednosti police osiguranja: Obavijest se dostavlja ugovaratelju osiguranja jednom godišnje pisanim putem (poštom ili na e-mail).

II. KOŠARICA FONDOVA

Članak 1.

1) Ugovaratelj osiguranja prilikom sklapanja ugovora o osiguranju ugovara jednu od košarica fondova te istu može promijeniti tijekom trajanja osiguranja sukladno članku 11. ovih Posebnih uvjeta.

2) Košarica fondova ugovorena na ponudi/polici osiguranja definira strategiju ulaganja. Svaka promjena ugovorene košarice će imati utjecaj na promjenu ugovorene strategije ulaganja.

3) Košarice fondova se međusobno razlikuju, naročito prema rizičnosti ulaganja i investicijskoj strukturi. Investicijska struktura košarice fondova i rizičnost ulaganja ovisi o investicijskoj strukturi i rizičnosti ulaganja fondova koji su uključeni u pojedinu košaricu fondova, a definirani su pojedinim Prospektom fonda.

4) Utvrđivanje cijene obračunske jedinice košarice fondova vrši se dnevno na temelju objavljene cijene udjela pojedinih investicijskih fondova. Cijena obračunske jedinice košarice fondova objavljuje se dnevno na internetskoj stranici Osiguratelja www.allianz.hr/allianz-prospekt-visekratni.

Podaci o kretanju tržišne vrijednosti police osiguranja dostupni su i na aplikaciji Moj Allianz na <https://moj.allianz.hr/>.

5) Kod ugovora o osiguranju života vezanog na obračunske jedinice košarice fondova, ugovaratelj snosi rizik ulaganja i rizik isplate po otkupu što znači da visinu vrijednosti košarice fondova ne jamči Osiguratelj. Sve rizike ulaganja snosi ugovaratelj osiguranja. Povijesni prinosi cijene obračunske jedinice košarice fondova nisu mjerodavni za donošenje zaključaka o budućem kretanju cijene obračunske jedinice košarice fondova.

6) Omjer fondova iz košarice fondova balansira se na način da se kupuju ili prodaju udjeli u fondovima, kako bi omjeri fondova u košaricama fondova

ostali u ugovorenim odnosima, uzimajući u obzir definirano odstupanje od zadanog omjera te iznos gotovine na računu.

III. PREMIJA OSIGURANJA

Članak 2.

- 1) Premija se plaća unaprijed u rokovima utvrđenim u ponudi osiguranja, a prema cjeniku za godišnje plaćanje premije. Ako se premija plaća u obrocima: mjesečno, tromjesečno ili polugodišnje, nema povećanja premije za plaćanje u obrocima.
- 2) Osiguratelj ima pravo pri isplati osigurnine po bilo kojoj osnovi ugovora o osiguranju, odbiti od iznosa osigurnine svu dotad dospjelu neplaćenu premiju po polici i zakonsku zateznu kamatu, ali bez mogućnosti umanjenja osigurnine za neplaćenu premiju za osigurateljnu godinu u kojoj je nastupila osiguranikova smrt.

IV. POSLJEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Članak 3.

- 1) Iznimno od članka 10. stavka 1) Općih uvjeta osiguranja života, ako ugovaratelj osiguranja na Osigurateljev poziv, koji mu mora biti dostavljen preporučenim pismom, ne plati dospjelu premiju u roku određenom u tom pismu, a koji ne može biti kraći od mjesec dana, računajući od dana uručjenja pisma, niti to učini druga zainteresirana osoba, Osiguratelj će, ako su zadovoljeni uvjeti za kapitalizaciju iz članka 13. stavka 1) ovih Posebnih uvjeta u smislu trajanja ugovora o osiguranju i plaćene premije, izvijestiti ugovaratelja osiguranja da se osigurateljeva obveza definirana člankom 9. stavkom 2. ovih Posebnih uvjeta smanjuje s danom kapitalizacije te će osiguratelj u slučaju nastupa osiguranog slučaja smrti, smrti uslijed nezgode i smrti uslijed prometne nezgode isplatiti tržišnu vrijednost police osiguranja. Ukoliko nisu zadovoljeni uvjeti za kapitalizaciju iz članka 13. ovih Posebnih uvjeta ugovor se raskida, bez prava na povrat dotad uplaćene premije.
- 2) Ako se osigurani slučaj dogodi prije raskida ugovora ili kapitalizacije ugovora o osiguranju, ali poslije osigurateljeva poziva iz stavka 1. ovoga članka, smatrat će se da je ugovor kapitaliziran, odnosno da je isti raskinut, ovisno o tome jesu li zadovoljeni uvjeti za kapitalizaciju iz članka 13. ovih Posebnih uvjeta.

V. ULAGANJE U KOŠARICE FONDOVA (KUPNJA I PRODAJA OBRAČUNSKIH JEDINICA)

Članak 4.

- 1) Premija osiguranja za ulaganje se veže na cijenu obračunske jedinice ugovorene košarice fondova. S porastom vrijednosti obračunske jedinice košarice fondova dolazi do porasta tržišne vrijednosti police osiguranja, a s padom vrijednosti obračunske jedinice košarice fondova dolazi do pada tržišne vrijednosti police osiguranja.
- 2) Osiguratelj provodi kupnju obračunskih jedinica ugovorene košarice fondova jednom tjedno. Nakon početka osiguranja naznačenog na polici osiguranja i uplaćenog iznosa dospjele premije osiguranja Osiguratelj provodi kupnju obračunskih jedinica ugovorene košarice fondova prvi radni dan u tjednu koji slijedi tjedan u kojem je uplaćena premija. Ukoliko prvi radni dan prelazi u sljedeći mjesec, kupnja se provodi zadnji radni dan u mjesecu u kojem je izvršena uplata dospjele premije.
- 3) Prodaja obračunskih jedinica iz košarice fondova se provodi prvi radni dan u tjednu koji slijedi iza tjedna u kojem je podnesen zahtjev za prodajom, osim u slučaju kada prvi sljedeći radni dan u tjednu ulazi u sljedeći mjesec, tada se prodaja provodi zadnji radni dan u mjesecu kada je podnesen zahtjev za prodaju.
- 4) Premija osiguranja za ulaganje plaća se u kunama, a u trenutku kupnje obračunskih jedinica preračunava se u eure po srednjem tečaju Hrvatske narodne banke na dan kupnje obračunskih jedinica. Ugovaratelj osiguranja snosi rizik promjene tečaja od trenutka uplate premije osiguranja do trenutka kupnje obračunskih jedinica košarice fondova.
- 5) Za isplate iz košarice fondova po pojedinom ugovoru o osiguranju koristi se srednji tečaj Hrvatske narodne banke na dan prodaje obračunskih jedinica iz košarice fondova.

VI. NAKNADE

Članak 5.

- 1) Ulazna naknada obračunava se od svake uplate premije osiguranja u prvoj godini osiguranja i pokriva početne troškove ugovaranja osiguranja. Visina ulazne naknade je navedena je na ponudi i polici osiguranja.
- 2) Tijekom trajanja ugovora o osiguranju obračunava se administrativna naknada i pokriva godišnje troškove osiguranja. Administrativna naknada se obračunava i plaća jednom mjesečno unaprijed, prvi radni dan u mjesecu i

to prodajom obračunskih jedinica košarice fondova, počevši od mjeseca koji slijedi mjesec početka osiguranja. Iznimno, kod prve naplate administrativne naknade nakon početka osiguranja prodaja obračunskih jedinica izvršit će se odjednom za prethodni i naredni mjesec. Prodaja se provodi po cijeni obračunske jedinice košarice fondova na dan prodaje. Naplata naknade svaki mjesec umanjuje referentni broj obračunskih jedinica košarice fondova pojedine police osiguranja. Visina administrativne naknade se utvrđuje neovisno o visini uplaćene premije osiguranja, a utvrđena je ponudom i policom osiguranja.

3) Izlazna naknada je naknada koja se obračunava na tržišnu vrijednost police u trenutku otkupa osiguranja, a visina izlazne naknade ovisi o godini osiguranja u kojoj se otkup provodi sukladno Tablici:

godina osiguranja	1	2	3	4	5	6	7	8 i više
visina izlazne naknade	otkup nije moguć	10%	10%	10%	5%	5%	0%	

- 4) Naknada za pokriće rizika smrti obračunava se prema dobi osiguranika u trenutku obračuna naknade. Dob osiguranika računa se kao razlika godine obračuna naknade za pokriće rizika smrti i godine rođenja osiguranika.
- 5) Naknada za pokriće rizika smrti obračunava se i plaća jednom mjesečno unaprijed, prvi radni dan u mjesecu i to prodajom obračunskih jedinica košarice fondova, počevši od mjeseca koji slijedi mjesec početka osiguranja. Iznimno, kod prve naplate naknade za pokriće rizika smrti nakon početka osiguranja prodaja obračunskih jedinica izvršit će se odjednom za prethodni i naredni mjesec. Prodaja se provodi po cijeni obračunske jedinice košarice fondova na dan prodaje. Naplata naknade svaki mjesec umanjuje referentni broj obračunskih jedinica košarice fondova pojedine police osiguranja.
- 6) Osnovica za obračun naknade za pokriće rizika smrti je razlika ugovorene svote i tržišne vrijednosti police osiguranja, a osnovica za pokriće smrti uslijed nezgode i smrti uslijed prometne nezgode je ugovorena svota.
- 7) Mjesečni iznos naknade za pokriće rizika smrti obračunava se kao umnožak osnovice za obračun i mjesečne stope za obračun naknade za pokriće rizika smrti. Mjesečne stope za obračun naknade za pokriće rizika smrti definirane su cjenikom osiguratelja i ponudom osiguranja.
- 8) Ukupna mjesečna naknada za pokriće rizika smrti jednaka je zbroju mjesečnih iznosa naknade za smrt, smrt uslijed nezgode i smrt uslijed prometne nezgode.
- 9) Za osiguranje osobe koja je podložna većoj smrtnoj opasnosti, primjenjuju se doplatci na mjesečne stope iz stavka 7) ovoga članka utvrđeni osigurateljvim cjenicima i Posebnim uvjetima za osiguranje uvećanih rizika.

VII. TRAJANJE I PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 6.

- 1) Ugovor o osiguranju se prema ovim Posebnim uvjetima sklapa na neodređeno vrijeme tako da isti traje do dana smrti osiguranika ili do trenutka otkupa osiguranja. Osim u spomenutim slučajevima ugovor o osiguranju prestaje kada je:
 - a. ugovor o osiguranju kapitaliziran, a na polici više nema sredstava za naplatu administrativne naknade,
 - b. ugovaratelj odustao od ugovora o osiguranju (u roku 30 dana od dana primitka primitka obavijesti Osiguratelja o sklapanju ugovora),
 - c. ugovor o osiguranju raskinut tijekom prve dvije godine trajanja osiguranja zbog neplaćanja premije osiguranja,
 - d. ugovor o osiguranju raskinut, ukoliko se Osiguratelj odlučio koristiti ovim svojim pravom, a radi utvrđene nenamjerne netočnosti ili nepotpunosti prijave od strane ugovaratelja osiguranja,
 - e. ugovor o osiguranju poništen, ukoliko se Osiguratelj odlučio koristiti ovim svojim pravom, a radi utvrđene namjerne netočnosti ili prešućivanja podataka od strane ugovaratelja osiguranja,
 - f. utvrđena ništetnost ugovora o osiguranju.
- 2) Osiguratelj će ponuditi prijenos obračunskih jedinica u drugu košaricu fondova ili isključiti/zamijeniti pojedini fond u ugovorenoj košarici fondova u slučaju nastupa jedne od niže navedenih okolnosti Osiguratelja kao što su:
 - a. stečaj Društva za upravljanje fondovima,
 - b. raspuštanje fonda koji je sadržan u ugovorenoj košarici fondova,
 - c. u slučaju otkaza upravljanja fondom od strane Društva za upravljanje fondovima,
 - d. u slučaju spajanja fonda s nekim drugim fondom,
 - e. u slučaju nastupa okolnosti koje utječu na ugovornu suradnju između Osiguratelja i Društva za upravljanje fondovima,
 - f. te u slučaju bitnih zakonskih i ostalih promjena koje mogu utjecati na rad fondova.

3) Osiguratelj će izvjestiti ugovaratelja osiguranja o izvršenoj promjeni iz prethodnog stavka ovoga članka u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu izvršene promjene. Odluka osiguratelja ima učinak na nove kao i na postojeće ugovore o osiguranju.

VIII. PRIVREMENA OSIGURATELJNA ZAŠTITA

Članak 7.

1) Privremena osigurateljna zaštita definirana člankom 5. Općih uvjeta osiguranja života se ne primjenjuje na ugovore o osiguranju sklopljene prema ovim Posebnim uvjetima, dok se uplaćena premija vraća ugovaratelju osiguranja.

IX. PRILAGOĐAVANJE OSIGURANIH SVOTA (INDEKSACIJA)

Članak 8.

1) Ukoliko je ugovorena indeksacija, na ugovore o osiguranju sklopljene prema ovim Posebnim uvjetima godišnja premija se povećava svake osigurateljne godine za ugovoreni postotak od 2%, 3%, 4% ili 5%. Svakom promjenom premije izračunava se nova ugovorena svota za preostalo trajanje osiguranja. 2) Ako se indeksacija ugovara ili se mijenja postotak indeksacije naknadno, poslije početka osiguranja, istu je potrebno zatražiti najkasnije 30 (trideset) dana prije isteka tekuće godine osiguranja, pri tome Osiguratelj zadržava pravo zatražiti i dodatne podatke (npr. liječnički pregled).

X. OSIGURATELJEVE OBVEZE

Članak 9.

1) Ugovorom o osiguranju utvrđena je ugovorena svota za slučaj smrti, a ista ovisi o dobi osiguranika i ugovorenoj godišnjoj premiji osiguranja.

2) Osiguratelj je u obvezi isplatiti korisniku osiguranja osigurinu sukladno niže navedenom:

- a. za slučaj smrti isplaćuje se ugovorena svota za slučaj smrti ili tržišna vrijednost police osiguranja ovisno koja je vrijednost veća u tom trenutku,
- b. za slučaj smrti uslijed nezgode isplaćuje se dvostruka ugovorena svota za slučaj smrti uvećana za razliku tržišne vrijednosti police osiguranja i ugovorene svote za slučaj smrti, ukoliko je tržišna vrijednost police osiguranja veća od iznosa ugovorene svote za slučaj smrti,
- c. za slučaj smrti uslijed prometne nezgode isplaćuje se trostruka ugovorena svota za slučaj smrti uvećana za razliku tržišne vrijednosti police osiguranja i ugovorene svote za slučaj smrti ukoliko je tržišna vrijednost police osiguranja veća od iznosa ugovorene svote za slučaj smrti.

Po pojmom smrt iz stavka 2) točke a. ovoga članka, prema ovim Posebnim uvjetima, smatra se smrt koja je rezultat razvoja jedne ili više bolesti kao i smrt koja je prouzrokovana istrošenošću vitalnih organa uslijed starosti.

Nezgodna (nesretni slučaj) definirana je Općim uvjetima osiguranja života. Prometna nezgodna i njeni sudionici definiraju se sukladno pozitivnim zakonskim propisima za svaku vrstu prometa (cestovni, zračni, pomorski itd.). Pod prijevoznim sredstvom koje je sudjelovalo u prometnoj nezgodi podrazumijeva se vozilo (cestovno ili tračno), zrakoplov, sve vrste plovila te sva ostala prijevozna sredstva bez obzira na vrstu pogona.

3) U slučaju smrti osiguranika, tržišna vrijednost police osiguranja iz prethodnog stavka ovog članka obračunava se prvi radni dan u tjednu koji slijedi iza tjedna u kojem je prijava osiguranog slučaja podnesena osim u slučaju kada prvi sljedeći radni dan u tjednu ulazi u sljedeći mjesec, tada se tržišna vrijednost police osiguranja obračunava zadnji radni dan u mjesecu u kojem je prijava osiguranog slučaja podnesena. Isplata se vrši sukladno članku 19. ovih Posebnih uvjeta te članku 26. Općih uvjeta osiguranja života.

4) Za obvezu definiranu stavkom 2) točka a. ovog članka, ukoliko je Osiguranje ugovoreno bez liječničkog pregleda, a smrt osiguranika nastupi u prvih 6 (šest) mjeseci trajanja osiguranja zbog bolesti, isplaćuje se 50% ugovorene svote za slučaj smrti ili tržišna vrijednost police osiguranja ovisno koji je iznos veći.

5) Iznimno od stavka 4) ovog članka, za osiguranje koje je ugovoreno bez liječničkog pregleda, a smrt osiguranika nastupi zbog bolesti u prvih 6 (šest) mjeseci trajanja osiguranja isplatit će se ugovorena svota za slučaj smrti ili tržišna vrijednost police osiguranja ovisno koji je iznos veći ukoliko je:

- a. osiguranikova smrt nastupila u trudnoći ili porodu,
- b. osiguranje sklopljeno nakon isteka osiguranja života koje je pokrivalo rizik smrti, uz uvjet da od isteka toga ranijeg osiguranja do sklapanja ovog ugovora nije proteklo više od 7 (sedam) dana.

XI. ISKLJUČENJE I OGRANIČENJE OSIGURATELJEVE OBVEZE

Članak 10.

1) Ako osiguranik učini samoubojstvo u prve 3 (tri) godine trajanja osiguranja, Osiguratelj nije dužan isplatiti korisniku osiguranja ugovorenu svotu nego tržišnu vrijednost police osiguranja bez obračuna izlazne naknade.

2) Ako osiguranik učini samoubojstvo nakon proteka treće godine trajanja osiguranja, Osiguratelj isplaćuje korisniku osiguranja osigurinu u visini ugovorene svote za slučaj smrti ili tržišnu vrijednost police osiguranja ovisno o tome koja je vrijednost veća u tom trenutku, bez obračuna izlazne naknade.

3) Osiguratelj nije u obvezi isplatiti korisniku osiguranja ugovorenu svotu ako je korisnik osiguranja namjerno uzrokovao osiguranikovu smrt. U tom slučaju Osiguratelj isplaćuje ugovaratelju osiguranja tržišnu vrijednost police osiguranja bez obračuna izlazne naknade, a ako je ugovaratelj ujedno i osiguranik tada njegovim nasljednicima.

4) Osiguratelj nije u obvezi isplatiti korisniku osiguranja ugovorenu svotu ako je ugovaratelj osiguranja namjerno uzrokovao osiguranikovu smrt. U tom slučaju Osiguratelj korisniku osiguranja isplaćuje tržišnu vrijednost police osiguranja bez obračuna izlazne naknade.

5) Osiguratelj će isplatiti korisniku osiguranja tržišnu vrijednost police osiguranja bez obračuna izlazne naknade sukladno članku 9. stavak 3) ovih Posebnih uvjeta ako je osiguranikova smrt nastupila kao posljedica:

- a. rata, neprijateljstva, ratnih operacija ili ratu sličnih radnja,
- b. građanskog rata, revolucije, pobune, ustanka, te građanskih nemira i pobuna koji nastanu iz takvih događaja ili terorističkog akta,
- c. djelovanja detonacije eksploziva, mina, torpeda, bombi ili pirotehničkih sredstava u okolnostima iz točaka a. i b. ovoga stavka i u mirnodobnom razdoblju kao posljedica nesavjesnog postupanja s istim,
- d. ratnih događaja i oružanih sukoba bilo koje vrste izvan granica naše države, osim ako se nesretni slučaj koji za posljedicu ima smrt osiguranika dogodi u roku od 14 (četnaest) dana od prvog nastupa takvih događaja u zemlji u kojoj osiguranik boravi pa su ga tamo ti događaji iznenadili, uz uvjet da osiguranik nije sudjelovao u tim događajima ili sukobima,
- e. obavljanja zanimanja pirotehničara, demontera mina, granata i drugih eksplozivnih naprava,
- f. sudjelovanja u ekspedicijama,
- g. pripreme, pokušaja ili izvršenja kaznenog djela s umišljajem i pri bijegu nakon takve radnje,
- h. aktivnog sudjelovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoobrane,
- i. upravljanja zračnim uređajima svih vrsta, plovilima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlaštenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom zračnog uređaja, plovila, motornog i drugog vozila.

Smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu kada radi pripreme i polaganja ispita za dobivanje službene isprave, vozi uz neposredni nadzor službeno ovlaštenoga stručnog instruktora.

6) Ako ugovorom o osiguranju nije drugačije ugovoreno, Osiguratelj nije u obvezi isplatiti korisniku osiguranja dodatnu svotu definiranu člankom 9. stavak 2) točka b. i točka c. ovih Posebnih uvjeta nego se obvezuje isplatiti iznos definiran člankom 9. stavak 2) točka a. ovih Posebnih uvjeta ukoliko je smrt nastupila kao posljedica nezgode uslijed:

- a. potresa ili drugih prirodnih katastrofa,
- b. korištenja motornih vozila svih vrsta prilikom pokušaja postavljanja rekorda i sudjelovanja na vozačkim priredbama na kojima se nastoji postići najveća brzina, na trening vožnjama za te priredbe te na vožnjama po stazama namijenjenim takvim utrckama/priredbama izvan termina službenog održavanja istih ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija,
- c. djelovanja alkohola ili narkotičkih sredstava:
 - na osiguranika koji postupi protivno pozitivnim zakonskim propisima bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe za nastanak nesretnog slučaja;
 - u slučajevima kada se utvrdi da je djelovanje alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika bilo u uzročno posljedičnoj vezi s nastankom osiguranog slučaja;

Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola:

- a. ako je u vrijeme nastanka nesretnog slučaja koncentracija alkohola u organizmu bila viša od 0,50 g/kg pri upravljanju prometnim sredstvom, a u ostalim slučajevima viša od 0,80 g/kg,
- b. ako se nakon prometne nezgode odbije podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti i ako se udalji s mjesta prometne nezgode prije

dolaska policije, odnosno ako nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku postaju o prometnoj nezgodi, ili ako na drugi način izbjegne alkotestiranje,

c. ako se osiguranik odbije podvrgnuti vađenju krvi i urina radi analize na alkohol (bez obzira na napravljen alkotest) ili se odbije testirati na narkotike,

d. posrednog ili neposrednog utjecaja ionizirajućih zraka ili atomske energije (zračenja) osim ako je zračenje bilo propisano od strane liječnika u svrhu liječenja pod liječničkim nadzorom,

7) U slučaju podnesenog zahtjeva za otkup ugovora o osiguranju od strane ugovaratelja osiguranja, osiguranik nije u pokriću od dana primitka zahtjeva za otkup ugovora o osiguranju.

8) Ako ugovaratelj osiguranja zahtjeva smanjenje ugovorene svote, u slučaju osiguranikove smrti, Osiguratelj isplaćuje smanjenu ugovorenu svotu od dana primitka zahtjeva za smanjenje ugovorene svote kod Osiguratelja, odnosno od dana do kojega je plaćena premija.

XII. PRAVA UGOVARATELJA OSIGURANJA PRIJE NASTUPA OSIGURANOG SLUČAJA

Promjena košarice fondova

Članak 11.

1) Za vrijeme trajanja osiguranja ugovaratelj osiguranja može u bilo kojem trenutku pisanim putem ili e-mailom zatražiti promjenu košarice fondova u koju se ulaže investicijski dio premije osiguranja, osim tijekom trajanja kapitalizacije ugovora o osiguranju. Ugovaratelj ima pravo jednom godišnje provesti promjenu košarice fondova besplatno dok se svaka sljedeća promjena unutar iste godine naplaćuje u iznosu od 5 EUR po promjeni.

2) Promjena će se provesti s prvim mogućim danom kupnje odnosno prodaje obračunskih jedinica za pojedini ugovor o osiguranju, a nakon zaprimanja zahtjeva za promjenom sukladno članku 4. ovih Posebnih uvjeta.

3) Kod promjene košarice fondova vrši se prodaja obračunskih jedinica u prethodnoj košarici po cijeni obračunske jedinice na dan prodaje i kupuju obračunske jedinice u novoizabranoj košarici fondova po cijeni obračunske jedinice na dan kupnje odnosno dan promjene košarice fondova.

Promjena visine premije/ugovorene svote

Članak 12.

1) Ugovaratelj može, ako je proteklo najmanje 2 (dvije) godine osiguranja i ako je plaćena ukupna dospjela premija za 2 (dvije) godine osiguranja, najkasnije 30 (trideset) dana prije početka nove osigurateljne godine pisanim putem zatražiti promjene visine premije i promjenu ugovorene svote za slučaj smrti.

2) Ako se pri promjeni ugovora u skladu sa stavkom 1) ovoga članka povećava ugovorena svota za slučaj smrti, Osiguratelj zadržava pravo tražiti i dodatne podatke (npr. liječnički pregled).

3) Ako u trenutku traženja promjene koja rezultira povećanjem ugovorene svote Osiguratelj utvrdi da osiguranik nije potpuno zdrav, primijenit će Posebne uvjete za osiguranje uvećanih rizika i u skladu s tim obračunati uvećanu premiju na novu ugovorenu svotu ili odbiti provesti zatraženu promjenu, s tim da ugovor o osiguranju ostaje na snazi kakav je bio prije zatražene promjene.

Kapitalizacija

Članak 13.

1) Ugovaratelj osiguranja može pisanim putem zatražiti kapitalizaciju ugovora o osiguranju bez daljnjeg plaćanja premije ako su protekle 2 (dvije) godine osiguranja i ako je plaćena premija za 2 (dvije) godine osiguranja.

2) Osigurateljeva obveza definirana člankom 9. stavkom 2. ovih Posebnih uvjeta prestaje vrijediti danom kapitalizacije, a u slučaju nastupa osiguranog slučaja iz predmetnoga članka isplaćuje se tržišna vrijednost police osiguranja.

3) Tijekom razdoblja kapitalizacije ugovora o osiguranju:

- ne postoji obveza plaćanja premije,
- ne postoji mogućnost dodatnih uplata (top up uplata),
- ne postoji mogućnost promjene košarice fondova niti promjene visine ugovorene svote,
- dopunska osiguranja se prekidaju s danom kapitalizacije ugovora o osiguranju,
- obračunava se administrativna naknada definirana člankom 4. Ovih Posebnih uvjeta na način da se umanjuje tržišna vrijednost police osiguranja prodajom obračunskih jedinica košarice fondova sve dok na polici postoje dostatna sredstva. U trenutku kada se sredstva potroše osiguratelj može izjaviti da se ugovor o osiguranju raskida,
- ugovaratelj ima pravo na otkup police,
- ugovaratelj ima pravo na obnovu ugovora o osiguranju sukladno odredbi članka 17. ovih Posebnih uvjeta.

Otkup

Članak 14.

1) Na zahtjev ugovaratelja osiguranja Osiguratelj je dužan isplatiti otkupnu vrijednost police osiguranja ako su ispunjeni uvjeti za isplatu otkupne vrijednosti sukladno ovim Posebnim uvjetima osiguranja.

2) Otkup police se može zatražiti najranije s protekom druge godine osiguranja.

3) Otkupna vrijednost police osiguranja jednaka je tržišnoj vrijednosti police osiguranja na dan prodaje obračunskih jedinica košarice fondova sukladno članku 4., stavku 3) ovih Posebnih uvjeta koji slijedi nakon što je zahtjev za otkup podnesen.

4) Otkupna vrijednost police osiguranja se prije isplate umanjuje za izlaznu naknadu u skladu s člankom 5., stavka 3) ovih Posebnih uvjeta.

5) Otkupom police prestaje ugovor o osiguranju.

Dotadne uplate na policu osiguranja (top up uplate)

Članak 15.

1) Dodatne jednokratne uplate na policu osiguranja mogu se izvršiti po proteku druge godine osiguranja, a najviše do godišnjeg iznosa koji odgovara iznosu jedne godišnje premije osiguranja.

2) Dodatna uplata ne povećava ugovorenu svotu za slučaj smrti.

3) Ako ugovaratelj osiguranja uz ugovorene obroke premije uplati dodatnu jednokratnu uplatu, uplatu mora izvršiti odvojeno od redovne premije na posebnoj uplatnici s posebnim pozivom na broj i uz pisani zahtjev na tiskanici Osiguratelja. Na dodatnu jednokratnu uplatu se ne obračunava ulazna naknada.

Predujam ili pozajmica

Članak 16.

1) Za ugovore o osiguranju sklopljene prema ovim Posebnim uvjetima predujam ili pozajmica se ne može odobriti niti isplatiti.

XIII. OBNOVA UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 17.

1) Ugovor o osiguranju po kojem je provedena kapitalizacija sukladno članku 13. ovih Posebnih uvjeta, može se obnoviti na pisani zahtjev ugovaratelja osiguranja, najkasnije u roku 24 mjeseca računajući od isteka mjeseca od kojeg je plaćena posljednja premija odnosno izvršena kapitalizacija ugovora o osiguranju, a najviše 3 (tri) puta tijekom trajanja osiguranja.

2) Po obnovljenom osiguranju osigurateljeva obveza počinje u 24.00 sata onoga dana kada je Osiguratelj pisanim putem potvrdio primitak zahtjeva za obnovu, ali uz uvjet da je do toga dana plaćena sva dospjela premija i da je zdravstveno stanje povoljno za prihvata u osiguranje.

3) Osiguratelj je obavezan izvršiti prihvata ili otklon zahtjeva za obnovu u roku 8 (osam) dana od dana primitka zahtjeva, a ako je potreban liječnički pregled, u roku 30 (trideset) dana od dana primitka zahtjeva. Ako Osiguratelj u tom roku ne donese odluku, smatrat će se da je zahtjev prihvaćen ako su ispunjeni svi uvjeti za obnovu.

4) Ako je zahtjev za obnovu podnesen u roku 6 (šest) mjeseci od isteka mjeseca za koji je plaćena premija, Osiguratelj je obavezan prihvatiti zahtjev ugovaratelja bez provođenja procjene zdravstvenog stanja osiguranika.

5) Ako je zahtjev za obnovu podnesen po proteku roka od 6 (šest) mjeseci od isteka mjeseca za koji je plaćena premija Osiguratelj će:

a. Izvršiti procjenu zdravstvenog stanja osiguranika i utvrditi uvjete za prihvat odnosno otklon zahtjeva za obnovu.

Ukoliko se utvrdi da osiguranik ima povećani zdravstveni rizik primijenit će se odredbe Posebnih uvjeta za osiguranje uvećanih rizika.

b. Isplatiti tržišnu vrijednost police osiguranja ako osiguranik umre u roku od godine dana nakon obavljene obnove od bolesti koju je imao prilikom podnošenja zahtjeva za obnovu, a koju je prešutio u zahtjevu za obnovu.

6) Ako osiguranik u roku od godine dana nakon obavljene obnove osiguranja učini samoubojstvo, Osiguratelj isplaćuje tržišnu vrijednost police osiguranja bez umanjavanja za izlaznu naknadu.

XIV. PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Članak 18.

1) Uz pisanu prijavu osiguranog slučaja, osobe koje polažu pravo na osigurinu, obvezne su podnijeti i sljedeće dokumente:

- izvornik police osiguranja života,
- izvadak iz knjige umrlih ako je nastupila osiguranikova smrt,
- rješenje o nasljeđivanju, u slučaju da su korisnici osiguranja zakonski nasljednici, a nastupila je osiguranikova smrt,

- d) ako je nastupila osiguranikova smrt, kompletna medicinska dokumentacija u svezi bolesti ili nesretnog slučaja (nezgode) koja je uzrokom smrti, službena potvrda liječnika koji je utvrdio uzrok osiguranikove smrt,
 - e) ako je vođena istraga, zapisnik o očevidu nadležne institucije,
 - f) dokaz o srodstvu ako korisnik nije određen imenom.
- 2) Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu.
- 3) Dokumentacija uz prijavu iz stavka 1., točke b)-f) ovog članka podnosi se u preslikama.
- 4) Troškove koji nastanu na temelju prije navedenih odredbi ovog članka, kao i radi utvrđivanja relevantnih činjenica radi dokazivanja/utvrđivanja postojanja osiguranog slučaja snosi podnositelj prijave.

XV. ISPLATA OSIGURNINE

Članak 19.

- 1) Tržišna vrijednost police osiguranja definirana člankom 9., stavcima od 2) do 5) ovih Posebnih uvjeta obračunava se po srednjem tečaju Hrvatske narodne banke na dan prodaje obračunskih jedinica iz košarice fondova.
- 2) Ugovorena svota za slučaj smrti definirana člankom 9. stavcima od 2) do 5) ovih Posebnih uvjeta obračunava se prema srednjem tečaju Hrvatske narodne banke na dan prodaje obračunskih jedinica iz košarice fondova.

U primjeni od 16. prosinca 2019.

Dopunski uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života

I. Uvodne odredbe

Članak 1.

- 1) Dopunski uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života (u daljnjem tekstu: Dopunski uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju života s Dopunskim osiguranjem osoba od posljedica nesretnog slučaja (u daljnjem tekstu: Dopunsko osiguranje) sklopljenim s Allianz Hrvatska d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).
- 2) Dopunskim uvjetima ugovara se osiguranje za slučaj:
 1. trajnog invaliditeta zbog nesretnog slučaja i
 2. dnevne naknade za boravak u bolnici zbog liječenja od posljedica nesretnog slučaja.

II. Pojam nesretnog slučaja

Članak 2.

- 1) Nesretnim slučajem se u smislu ovih Dopunskih uvjeta smatra svaki iznenadni i o osiguranikovo volji neovisan događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na osiguranikovo tijelo, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelomični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili pogoršanje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć.
- 2) U smislu prethodnog stavka nesretnim se slučajem smatraju sljedeći događaji: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem, ubod ili ugriz životinje i ubod insekta, osim ako je takvim ubodom prouzročena kakva infektivna bolest.
- 3) Pod nesretnim slučajem smatra se i sljedeće:
 - a. trovanje kemijskim sredstvima zbog osiguranikova neznanja, osim profesionalnih bolesti,
 - b. infekcija ozljede uzrokovane nesretnim slučajem,
 - c. trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti,
 - d. opekline vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.,
 - e. davljenje i utapanje,
 - f. gušenje i ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl.),
 - g. istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastane zbog naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima, ako to nakon ozljede utvrdi odgovarajući liječnik specijalista,
 - h. djelovanje svjetlosti, sunčanih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je osiguranik bio izložen neposredno zbog jednog nesretnog slučaja nastalog prije toga ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti, ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog života,
 - i. djelovanje rendgenskih ili radioaktivnih zraka ako nastupe naglo ili iznenada, osim profesionalnih bolesti.
- 4) Ne smatraju se nesretnim slučajem u smislu ovih Dopunskih uvjeta:
 - a. zarazne, profesionalne i ostale bolesti, urodene i stečene bolesti i/ili deformacije kao ni posljedice psihičkih bolesti,
 - b. trbušne kile, preponske kile, pupčane i ostale kile,
 - c. infekcije i bolesti koje nastanu zbog raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva, ili drugih izraslina tvrde kože,
 - d. anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastalog nesretnog slučaja,
 - e. hernia disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, kocičigodinja, ishialgija i miofascitis, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko-križne regije označene analognim terminima,
 - f. odljepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promijenjenog oka, a iznimno se priznaje odljepljenje mrežnice prethodno zdravog oka ako postoje znakovi izravne vanjske ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi,

- g. posljedice koje nastanu zbog delirium tremensa i djelovanja droga,
- h. posljedice medicinskih, posebice operativnih zahvata koji se poduzimaju radi liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako su te posljedice nastupile zbog dokazane pogreške medicinskog osoblja (vitiumartis); pogreška medicinskog osoblja dokazuje se pravomoćnim Rješenjem nadležnog suda,
- i. patološke promjene kostiju i patološke epifizioloze,
- j. sustavne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti,
- k. nesretni slučajevi koje uzrokuje srčana kljenut (infarkt) - srčana se kljenut (infarkt) ni u kojem slučaju ne smatra posljedicom nesretnog slučaja,
- l. nesretni slučajevi zbog udara moždane kapi, poremećaja uma ili svijesti, osim ako su i ti utjecaji neposredno uzrokovani nesretnim slučajem koji se može svesti u okviru nesretnog slučaja koji Osiguratelj prihvaća.

III. Početak i istek osiguranja

Članak 3.

- 1) Ako je Dopunsko osiguranje sklopljeno ili obnovljeno istovremeno s osiguranjem života, obveza je Osiguratelja definirana "Općim uvjetima osiguranja života i Posebnim uvjetima osiguranja života uz koje se ovo dopunsko osiguranje ugovara." Dopunsko osiguranje se može sklopiti ili obnoviti s datumom početka nove osigurateljne godine odnosno s datumom dospjeća na naplatu obroka premije osiguranja života.
- 2) Ako je Dopunsko osiguranje sklopljeno poslije početka osiguranja života, Osigurateljeva obveza počinje u 00.00 sati dana koji je na polici označen kao početak Dopunskog osiguranja ako je dotad plaćena prva premija. Početak Dopunskog osiguranja može biti različit od početka osiguranja života.
- 3) Ako prva premija nije plaćena do početka Dopunskog osiguranja, obveza Osiguratelja počinje u 24.00 sata onoga dana kada je u cijelosti plaćena prva ugovorena premija.
- 4) Ugovaratelj osiguranja može najkasnije 30 (trideset) dana prije početka nove osigurateljne godine pisanim putem zatražiti promjene ugovorenih svota Dopunskog osiguranja.
- 5) Obveza Osiguratelja za Dopunsko osiguranje prestaje:
 1. u 00.00 sati dana koji je u polici osiguranja utvrđen kao istek ugovora o osiguranju,
 2. u 24.00 sata na dan kada Osiguratelj primi zahtjev ugovaratelja osiguranja za prestanak Dopunskog osiguranja, odnosno u 24.00 sata onoga dana do kojeg je plaćena premija za Dopunsko osiguranje,
 3. istovremeno s prestankom obveze za osiguranje života po istoj polici iz bilo kojeg razloga,
 4. kada osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti,
 5. kada mu bude ustanovljen potpuni (100%-tni) trajni invaliditet,
 6. kada nastane potpuna i trajna nesposobnost za rad definirana Posebnim uvjetima osiguranja života
 7. s danom kapitalizacije ugovora o osiguranju života,
 8. s danom stavljanja ugovora o osiguranju života u mirovanje.
 9. poništaja ovog dopunskog osiguranja, ukoliko se osiguratelj odluči koristiti ovim svojim pravom, a radi utvrđene namjerne netočne prijave ili prešućivanja podataka od strane ugovaratelja osiguranja sukladno Općim uvjetima osiguranja,
 10. raskida ugovora o osiguranju, ukoliko se osiguratelj odluči koristiti ovim svojim pravom, a radi utvrđene nenamjerne netočnosti ili nepotpunosti prijave od strane ugovaratelja osiguranja sukladno Općim uvjetima osiguranja,

IV. Premija osiguranja

Članak 4.

- 1) Premija ovoga Dopunskog osiguranja plaća se u istoj valuti, na isti način i istovremeno s premijom osiguranja života u skladu s Općim uvjetima

osiguranja života.

- 2) Kod obnove osiguranja Osiguratelju ne pripada premija Dopunskog osiguranja za vrijeme za koje ono nije bilo na snazi.
- 5) Osiguratelj ima pravo na premiju Dopunskog osiguranja za osigurateljnu godinu u kojoj je nastao neki osiguranih slučajeva.
- 6) Osiguratelj ima pravo kod isplate naknade za osigurani slučaj trajnog invaliditeta ili kod isplate dnevne naknade za boravak u bolnici odbiti od iznosa naknade dužnu premiju po polici.

V. Obveze osiguratelja

Članak 5.

1) Kad nastane nesretni slučaj u smislu ovih Dopunskih uvjeta, Osiguratelj isplaćuje iznose ugovorene ugovorom o osiguranju, i to:

1. po 1% od osnovne ugovorene svote za slučaj trajnog invaliditeta koji odgovara postotku djelomičnoga trajnog invaliditeta ako je zbog nesretnog slučaja nastupio djelomični trajni invaliditet osiguranika manji od ili jednak 50%,
2. ako je zbog nesretnog slučaja nastupio djelomični trajni invaliditet osiguranika od 51% do 75%, tada se za svaki postotak invaliditeta više od 50% isplaćuje dvostruka naknada,
3. ako je zbog nesretnog slučaja nastupio djelomični trajni invaliditet osiguranika od 76% do 99%, tada se za svaki postotak invaliditeta više od 75% isplaćuje četverostruka naknada,
4. ako je zbog nesretnog slučaja nastupio potpuni 100%-tni trajni invaliditet osiguranika, tada se isplaćuje ugovorena svota za 100%-tni trajni invaliditet koja je jednaka dvostrukom iznosu osnovne ugovorene svote za slučaj trajnog invaliditeta,
5. dnevnu naknadu ako je osiguranik boravio u bolnici zbog liječenja od posljedica nesretnog slučaja.

VI. Isključenje i ograničenje osigurateljeve obveze

Članak 6.

1) Prema ovim Dopunskim uvjetima mogu se osigurati samo potpuno zdrave osobe. Osobe koje nisu potpuno zdrave mogu se osigurati prema Posebnim uvjetima za osiguranje uvećanih rizika.

Članak 7.

1) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija, ugovorene svote smanjuju se u razmjeru između premije koju je trebalo platiti i stvarno plaćene premije kad nesretni slučaj nastane:

- a. pri upravljanju i vožnji zrakoplovima i zračnim uređajima svih vrsti osim u svojstvu putnika u javnom prometu i pri skokovima padobranom,
- b. pri treningu i sudjelovanju osiguranika u sportovima koji prema Posebnim uvjetima za osiguranje uvećanih rizika predstavljaju uvećani rizik,
- c. pri obavljanju zanimanja koji prema Posebnim uvjetima za osiguranje uvećanih rizika predstavljaju uvećani rizik,
- d. kod osiguranika koji zbog toga što imaju trajni gubitak opće radne sposobnosti (invaliditet), a prema Posebnim uvjetima za osiguranje uvećanih rizika, trebaju platiti doplatnu premiju.

Članak 8.

1) Isključene su, ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, u cijelosti sve osigurateljeve obveze ako je nesretni slučaj nastao uslijed:

- a. rata, neprijateljstva, ratnih operacija ili ratu sličnih radnja,
- b. građanskog rata, revolucije, pobune, ustanka te građanskih nemira koji nastanu iz takvih događaja ili terorističkog akta,
- c. djelovanja detonacije eksploziva, mina, torpeda, bombi ili pirotehničkih sredstava u okolnostima iz točaka a. i b. kao i u mirnodobnom razdoblju kao posljedica nesavjesnog postupanja s istim,
- d. ratnih događaja i oružanih sukoba bilo koje vrste izvan granica naše države, osim ako se nesretni slučaj dogodi u roku od 14 (četnaest) dana od prvog nastupa takvih događaja u zemlji u kojoj osiguranik boravi pa su ga tamo ti događaji iznenadili, uz uvjet da osiguranik nije sudjelovao u tim događajima ili sukobima,
- e. potresa ili drugih prirodnih katastrofa,
- f. korištenja motornih vozila svih vrsta prilikom pokušaja postavljanja rekorda i sudjelovanja na vozačkim priredbama na kojima se nastoji postići najveća brzina, na trening vožnjama za te priredbe te na vožnjama po stazama namijenjenim takvim utrka /priredbama izvan termina službenog održavanja istih ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija,
- g. obavljanja zanimanja demontera mina, granata i drugih eksplozivnih naprava te pirotehničara,
- h. upravljanja zračnim uređajima svih vrsta, plovilima, motornim i drugim

vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlaštenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom zračnog uređaja, plovila, motornog i drugog vozila;

Smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu kada radi pripreme i polaganja ispita za dobivanje službene isprave, vozi uz neposredni nadzor službeno ovlaštenoga stručnog instruktora.

- i. sudjelovanja u ekspedicijama,
 - j. namjernog uzrokovanja nesretnog slučaja od strane ugovaratelja osiguranja, osiguranika ili korisnika osiguranja te pokušaja ubojstva od strane ugovaratelja ili korisnika osiguranja te samoubojstva od strane osiguranika,
 - k. pripreme, pokušaja ili izvršenja kaznenog djela s umišljajem i pri bijegu nakon takve radnje,
 - l. djelovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika:
 - koji postupi protivno pozitivnim zakonskim propisima bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe za nastanak nesretnog slučaja,
 - u ostalim slučajevima kada se utvrdi da je djelovanje alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika bilo u uzročno posljedičnoj vezi s nastankom nesretnog slučaja;
- Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola:
- a) ako je u vrijeme nastanka nesretnog slučaja koncentracija alkohola u organizmu bila viša od 0,50 g/kg pri upravljanju prometnim sredstvom, a u ostalim slučajevima viša od 0,80 g/kg,
 - b) ako se nakon prometne nezgode osiguranik odbije podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti i ako se udalji s mjesta prometne nezgode prije dolaska policije, odnosno ako nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku postaju o prometnoj nezgodi, ili ako na drugi način izbjegne alkotestiranje,
 - c) ako se osiguranik odbije podvrgnuti vađenju krvi i urina radi analize na alkohol (bez obzira na napravljen alkotest) ili se odbije testirati na narkotike,
- m. posrednog ili neposrednog utjecaja ionizirajućih zraka ili atomske energije (zračenja), osim ako je zračenje bilo propisano od strane liječnika u svrhu liječenja pod liječničkim nadzorom,
- n. aktivnog sudjelovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoobrane.

2) Dopunsko osiguranje ništetno je ako je u trenutku njegova sklapanja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju, ili je bilo sigurno da će nastupiti, a uplaćena premija vraća se ugovaratelju umanjena za osigurateljeve troškove.

VII. Pravo naknade

Članak 9.

- 1) Ako je Osiguratelj isplatio ugovorenu svotu, ne može ni po kojoj osnovi imati pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastup osiguranog slučaja.
- 2) Pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastup osiguranog slučaja pripada osiguraniku, odnosno korisniku neovisno o njegovu pravu na ugovorenu svotu prema ovim Dopunskim uvjetima.

VIII. Prijava nesretnog slučaja

Članak 10.

- 1) Osiguranik koji je zbog nesretnog slučaja ozlijeđen, obavezan je:
 - a. odmah se prijaviti liječniku, odnosno pozvati liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i odmah poduzeti sve potrebne mjere radi liječenja i držati se liječničkih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja,
 - b. nesretni slučaj pisanim putem, na tiskanici Osiguratelja, prijaviti Osiguratelju,
 - c. u prijavi o nesretnom slučaju pružiti Osiguratelju sva potrebna izvješća i podatke, posebice o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime liječnika koji ga je pregledao i uputio na liječenje, ili koji ga liječi, liječnički nalaz o vrsti i težini tjelesne ozljede, o nastalim eventualnim posljedicama, te podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima koje je osiguranik eventualno imao prije nastanka nesretnog slučaja.
- 2) Troškovi za liječnički pregled i izvješća (početno i sklopljeno liječničko izvješće, ponovni liječnički pregled i nalaz specijalista), te ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje okolnosti nastanka nesretnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnositelja zahtjeva.
- 3) Osiguratelj je ovlašten i ima pravo od osiguranika, ugovaratelja, korisnika, zdravstvene ustanove ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe tražiti naknadna objašnjenja i dokaze, te na svoj trošak poduzimati radnje u svrhu liječničkog pregleda osiguranika od svojih liječnika ili liječničkih komisija, u cilju utvrđivanja važnih okolnosti o prijavljenom nesretnom slučaju.

4) Ako ugovaratelj, osiguranik ili korisnik ne prijavi nesretni slučaj Osiguratelju, niti dostavi cjelokupnu medicinsku i ostalu dokumentaciju, već odmah pokrene sudski spor protiv Osiguratelja, takva se tužba smatra preuranjenom.

IX. Utvrđivanje korisnikovih prava

Članak 11.

1) Ako je nesretni slučaj imao za posljedicu invaliditet, osiguranik je obavezan podnijeti prijavu na tiskanici Osiguratelja, policu, dokaz o okolnostima nastanka nesretnog slučaja i medicinsku dokumentaciju (uz RTG snimke) s utvrđenim posljedicama radi određivanja konačnog postotka trajnog invaliditeta.

2) Konačni postotak invaliditeta određuje Osiguratelj prema Tablici za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (u daljnjem tekstu: Tablica invaliditeta).

3) Ako zbroj postotaka invaliditeta, prema Tablici invaliditeta, zbog gubitka ili oštećenja više udova ili organa zbog jednoga nesretnog slučaja iznosi više od 100%, isplata ne može iznositi više od dvostrukog iznosa osnovne ugovorene svote za slučaj trajnog invaliditeta.

4) Ako je osiguranik zbog nesretnog slučaja boravio u bolnici radi liječenja od posljedica nesretnog slučaja, obavezan je o tome podnijeti izvornik otpusnog pisma ili izvornik potvrde na memorandumu bolnice u kojoj se liječio. To otpusno pismo ili potvrda mora sadržavati žig i potpis liječnika, ime i prezime osiguranika, godinu rođenja osiguranika, matični broj pod kojim je osiguranik zaveden u bolnici, liječnički nalaz s potpunom dijagnozom, točne podatke kada je i zbog čega početo liječenje, dan prijama u bolnicu, dan otpuštanja iz bolnice zbog liječenja od posljedica nesretnog slučaja.

5) U smislu ovih Dopunskih uvjeta bolnicama se ne smatraju ustanove za liječenje i njegu plućnih bolesnika, ustanove za neizlječive kronične bolesnike, domovi i ustanove za oporavak i rehabilitaciju, starački domovi i njihovi bolesnički odjeli, lječilišta i toplice te ustanove za liječenje i njegu živčanih i duševnih bolesnika.

6) Boravak u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju smatra se boravkom u bolnici i Osiguratelj je u obvezi isplate dnevne naknade prema ovim Dopunskim uvjetima, ukoliko je boravak u istima odobren od strane HZZO-a i troškovi boravka u bolnici pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem.

X. Isplata ugovorene svote

Članak 12.

1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti ugovorenu svotu određenu ugovorom, odnosno njezin odgovarajući dio ili ugovorenu dnevnu naknadu sukladno ugovoru o osiguranju, u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od četrnaest dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio. Isplata se obavlja prema srednjem tečaju HNB-a na dan obračuna.

2) Ali ako je za utvrđivanje postojanja osigurateljve obveze ili njezina iznosa potrebno stanoviti vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti ugovorenu svotu određenu ugovorom odnosno njezin odgovarajući dio ili ugovorenu dnevnu naknadu sukladno ugovoru o osiguranju u roku od trideset dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.

3) Ako iznos osigurateljve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1) i 2) ovoga članka, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.

4) Osiguratelj je obavezan isplatiti ugovorenu svotu, odnosno naknadu, samo ako je nesretni slučaj nastupio za vrijeme trajanja osiguranja.

5) Invaliditet je potpuni ili djelomični gubitak organa, trajni, potpuni ili djelomični gubitak funkcije organa ili pojedinih dijelova organa nakon završenog liječenja.

6) Konačni postotak invaliditeta određuje se prema Tablici invaliditeta nakon završenog liječenja, u vrijeme kad je kod osiguranika, s obzirom na ozljede i nastale posljedice, nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema nalazima odgovarajućeg liječnika ne može očekivati da će se stanje pogoršati ili poboljšati. Ako to stanje ne nastupi ni nakon isteka treće godine od dana nastanka nesretnog slučaja, kao konačno stanje uzima se stanje nakon isteka toga roka i prema njemu se određuje postotak invaliditeta.

7) Na konačnu ocjenu invaliditeta osiguranik može podnijeti prigovor u zakonskom roku od primitka ocjene i isplate. U protivnom će se smatrati da je prihvatio ocjenu i da je šteta po konkretnom osiguranom slučaju u cijelosti isplaćena.

8) Ako nakon nastanka nesretnog slučaja nije moguće utvrditi konačni postotak invaliditeta, Osiguratelj je obavezan na osiguranikov zahtjev isplatiti iznos koji nesporno odgovara postotku invaliditeta za koji se već tada može, na temelju

medicinske dokumentacije, utvrditi da će trajno ostati.

9) Ako prije utvrđenja konačnog postotka invaliditeta u roku 3 (tri) godine od dana nastanka nesretnog slučaja osiguranik umre iz bilo kojega drugog uzroka, visinu obveze Osiguratelja iz osnova invaliditeta utvrđuje liječnik na temelju postojeće medicinske dokumentacije.

10) Ako nesretni slučaj ima za posljedicu osiguranikov boravak u bolnici radi liječenja od posljedica nesretnog slučaja koji traje duže od 3 (tri) dana, a ugovorena je isplata dnevne naknade, Osiguratelj naknađuje osiguraniku dnevnu naknadu u ugovorenoj visini za dokumentirano trajanje boravka u bolnici od prvog pa do posljednjeg dana boravka u bolnici, ali najviše do 365-og dana od dana nastanka nesretnog slučaja. Danom boravka u bolnici u smislu ovih Dopunskih uvjeta smatra se noć provedena u bolnici.

11) Ako je boravak u bolnici produljen iz bilo kojega zdravstvenog razloga, Osiguratelj je obavezan isplatiti dnevnu naknadu samo za vrijeme boravka u bolnici uzrokovanog isključivo tim nesretnim slučajem, ali i u tom slučaju najviše do 365-og dana od dana nastanka nesretnog slučaja.

12) Ako, kao daljnja posljedica nesretnog slučaja, nastupi invaliditet, Osiguratelj isplaćuje korisniku osiguranja, odnosno osiguraniku, iznos ugovorene svote predviđene za takve slučajeve bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za boravak u bolnici uslijed liječenja od posljedica nesretnog slučaja.

XI. Korisnik osiguranja

Članak 13.

1) Korisnik za slučaj invaliditeta i dnevne naknade za boravak u bolnici sâm je osiguranik, ako nije drukčije ugovoreno.

2) Ako prije isplate na ime trajnog invaliditeta osiguranik umre, isplata će se obaviti osiguranikovim zakonskim nasljednicima, odnosno korisniku za slučaj trajnog invaliditeta ako osiguranik nije korisnik za slučaj trajnog invaliditeta.

3) Ako prije isplate na ime dnevne naknade osiguranik umre, isplata će se obaviti osiguranikovim zakonskim nasljednicima, odnosno korisniku za slučaj dnevne naknade ako osiguranik nije korisnik za slučaj dnevne naknade.

XII. Postupak vještačenja

Članak 14.

1) Ako Osiguratelj i ugovaratelj, osiguranik ili korisnik nisu suglasni u pogledu vrste, uzroka ili posljedica nesretnog slučaja i u pogledu visine obveze Osiguratelja, utvrđivanje spornih činjenica povjerit će se vještacima. Jednoga vještaka imenuje Osiguratelj, a drugoga suprotna strana. Prije vještačenja imenovani vještaci određuju trećega vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su među njima sporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja.

2) Svaka strana plaća troškove vještaka kojega je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća polovicu troškova.

3) Postupak vještačenja provest će se u skladu s odredbama Općih uvjeta osiguranja života i posebnih uvjeta ovisno o tome uz koje je osnovno osiguranje ovo Dopunsko osiguranje ugovoreno.

XIII. Zastara

Članak 15.

1) Potraživanja iz ugovora o osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) zastarijevaju prema odredbama mjerodavnog prava koje se primjenjuje na ugovor o osiguranju.

XIV. Završne odredbe

Članak 16.

1) Sastavni je dio ovih Dopunskih uvjeta i Tablica za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode).

2) Za odnose između ugovornih strana te ostalih osoba kojih se tiče, a koji nisu određeni ovim Dopunskim uvjetima, primijenit će se odredbe Općih uvjeta osiguranja života i posebnih uvjeta ovisno o tome uz koje je osnovno osiguranje ovo Dopunsko osiguranje ugovoreno ako nisu u suprotnosti s ovim Dopunskim uvjetima.

U primjeni od 16. prosinca 2019.

Tablica za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode)

Opće odredbe

1. Ova tablica za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) (u nastavku teksta: Tablica invaliditeta) sastavni je dio ugovora o osiguranju života kojeg ugovaratelj osiguranja sklopi s Allianz Hrvatska d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj) po kojem je sklopljeno osiguranje za trajni invaliditet kao posljedica nesretnog slučaja. Prilikom prijave nesretnog slučaja, osiguranik je dužan dostaviti Osiguratelju cjelokupnu medicinsku dokumentaciju uključujući i rtg snimke. Ako osiguranik ne provodi ili zanemaruje liječničke upute o potrebnim dijagnostičkim postupcima, terapiji i uzimanju lijekova, Osiguratelj će konačni invaliditet iz Tablice invaliditeta umanjiti za 1/3.

2. Konačni postotak trajnog invaliditeta na udovima i kralježnici određuje se najranije 3 mjeseca nakon potpuno završenog liječenja i rehabilitacije osim kod amputacija i točaka Tablice gdje je to drugačije određeno. Rehabilitacija je obvezni dio liječenja.

Pseudoartroze i kronični fistulozni osteomijelitis ocjenjuje se nakon definitivnog operativnog i fizikalnog liječenja. Ako se liječenje ne završi u roku od tri godine od dana ozljede, tada se stanje uzima kao konačno i prema njemu određuje postotak invaliditeta.

Kod degenerativnih promjena, natučena koštano -mišićnih struktura stres fraktura i sindroma prenaprezanja ne određuje se invaliditet.

3. Kod višestrukih ozljeda pojedinog uda, kralježnice ili organa, ukupni invaliditet na pojedinom ud, kralježnici ili organu određuje se tako da se za najveću posljedicu oštećenja uzima postotak predviđen u Tablici invaliditeta, od sljedeće najveće posljedice uzima se 1/2 postotka predviđenog u Tablici, te dalje redom 1/4, 1/8, itd. Ukupan postotak ne može biti veći od postotka koji je određen Tablicom invaliditeta za potpuni gubitak toga uda ili organa.

Za određivanje umanjene pokretljivosti udova obavezno je komparativno mjerenje opsega pokreta artrometrom.

Prije donošenja ocjene o konačnom postotku invaliditeta liječnik cenzor je dužan uzeti u obzir činjenice o prethodnom zdravstvenom stanju osiguranika, načinu nastanka nesretnog slučaja, uzročno-posljedičnoj vezi, postavljenoj dijagnozi te tijeku liječenja i rehabilitacije osiguranika.

4. U osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja kod ocjene invaliditeta primjenjuje se isključivo postotak određen ovom Tablicom invaliditeta.

Osigurateljeva obveza ne postoji za posljedice nesretnog slučaja koje nisu određene ovom Tablicom invaliditeta ili su njenim odredbama isključene.

5. Posljedice povreda jednoga organa ne zbrajaju se i ne mogu biti ocijenjene po više točaka Tablice invaliditeta, ali mogu biti ocijenjene po onoj točki koja utvrđuje najviši invaliditet za tu posljedicu.

6. U slučaju gubitka ili oštećenja više udova ili organa zbog jednog nesretnog slučaja, postotci invaliditeta za svako pojedino udo ili organ zbrajaju se tako da se krajnji postotak invaliditeta određuje do visine 3/4 sveukupnog zbroja pojedinih invaliditeta, ali ne može iznositi više od 100%, niti manje od postotka najvećega pojedinog invaliditeta.

7. Ako je kod osiguranika postojao trajni invaliditet prije nastanka nesretnog slučaja, obveza osiguratelja se određuje prema novom invaliditetu, neovisno o ranijem, osim u sljedećim slučajevima:

a) ako je prijavljen nesretni slučaj prouzročio povećanje dotadašnjeg invaliditeta, obveza osiguratelja utvrđuje se prema razlici između ukupnog postotka invaliditeta i ranijeg postotka;

b) ako osiguranik prije nesretnog slučaja izgubi ili ozlijedi jedan od ranije ozlijeđenih organa ili udova, obveza osiguratelja utvrđuje se samo prema povećanom invaliditetu;

c) ako su rendgenološkim pretragama dokazane degenerativne bolesti koštano-zglobnog sustava postojale prije nastanka nesretnog slučaja, osiguratelj će konačni invaliditet iz Tablice invaliditeta umanjiti za 1/3 procijenjenog invaliditeta;

d) ako se dokaže da osiguranik boluje od šećerne bolesti, bolesti središnjeg ili perifernog živčanog sustava, gluhoće, slabovidnosti, bolesti krvožilja ili kronične plućne bolesti, te ako te bolesti utječu na povećanje invaliditeta nakon nesretnog slučaja, osiguratelj će konačni invaliditet iz Tablice invaliditeta umanjiti za 1/2;

e) ako je ranija kronična bolest uzrok nastanka nesretnog slučaja, osiguratelj će konačni invaliditet iz Tablice invaliditeta umanjiti za 1/2.

8. Nije ugovoreno osigurateljno pokrivenje i ne ocjenjuje se invaliditet kod: subjektivnih tegoba u smislu bolova, smanjenja mišićne snage, otoka na mjestu ozljede, ožiljaka koji ne uzrokuju nikakva funkcijska oštećenja, trnaca, straha, svih drugih smetnji psihičke naravi koje su nastale kao posljedica neke nezgode (posttraumatski stresni poremećaj, strah od vožnje automobilom, zrakoplovom ili drugim prijevoznim sredstvom, strah od visine ili zatvorenog prostora, nesаницe, promjene raspoloženja, itd.)

Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir pri određivanju postotka trajnog invaliditeta.

I. Glava

1. Ozljede mozga s trajno zaostalim posljedicama dokazanim tijekom bolničkog liječenja u odgovarajućoj kirurškoj, neurokirurškoj ili neuropsihijatrijskoj ustanovi:

- a. dekortikacija/decerebracija,
- b. trajno vegetativno stanje,
- c. hemiplagija s afazijom i agnozijom,
- d. kompletna tri i tetraplagija,
- e. obostrani Parkinsonov sindrom s izraženim rigorom,
- f. teška posttraumatska demencija s psihoorganskim sindromom,
- g. psihoza nakon ozljede mozga koja je najmanje dva puta bolničko liječena u specijalnoj ustanovi

90 - 100%

2. Žarišne ili difuzne ozljede mozga s trajnim neurološkim ispadima dokazanim tijekom bolničkog liječenja u odgovarajućoj neurokirurškoj ili neurološkoj ustanovi:

- a. ekstrapiramidalna simptomatologija (nemogućnost koordinacije pokreta ili postojanje grubih nehotičnih pokreta),
- b. pseudobulbarna paraliza s prisilnim plačem ili smijehom,
- c. oštećenja malog mozga s izraženim poremećajem hoda ili koordinacije

80 - 90%

3. Posttraumatska epilepsija dokazana objektivnim dijagnostičkim metodama i bolnički liječena u neurološkoj ili psihijatrijskoj ustanovi uz redovito liječenje antiepilepticima tijekom najmanje 2 godine s:

- a. učestalim "Grand mal" napadajima i posttraumatskim karakterološkim promjenama **70%**
- b. učestalim "Grand mal" napadajima **50%**
- c. rijetkim "Grand mal" napadajima **30%**
- d. učestalim žarišnim napadajima, bez gubitka svijesti **20%**
- e. rijetkim žarišnim napadajima, bez gubitka svijesti **10%**

4. Posttraumatski psihoorganski sindrom dokazan tijekom bolničkog liječenja objektivnim dijagnostičkim postupcima uz nalaze psihijatra i psihologa:

- a. blaži **30%**
- b. srednji **40%**
- c. izražen **60%**

5. Stanje nakon nagnječenja mozga dokazanog tijekom bolničkog liječenja objektivnim dijagnostičkim postupcima dijagnostičke obrade (CT, EEG):

a. bez neuroloških ispada	5%
b. s blažim neurološkim ispadima	20%
c. s neurološkim ispadima u srednjem stupnju	35%
d. s neurološkim ispadima u jakom stupnju	50%

6. Oštećenja malog mozga s adiadohokinezom i asinergijom 40%

7. Stanje poslije trepanacije svoda lubanje i/ili prijeloma baze lubanje rendgenološki verificirano bez neuroloških ispada 5%

8. Operirani intracerebralni hematom bez neuroloških ispada 10%

9. Gubitak vlasišta:

a. trećina površine vlasišta	5%
b. polovica površine vlasišta	15%
c. čitavo vlasišta	30%

Posebne odredbe

1. Za kraniocerebralne ozljede koje nisu bolnički utvrđene u prvih 24 sata nakon ozljeđivanja ne priznaje se invaliditet po točkama 1.-8.
2. Sve posljedice kraniocerebralnih ozljeda moraju biti potvrđene odgovarajućom dijagnostičkom obradom tijekom bolničkog liječenja.
3. Za posljedice potresa mozga ne određuje se invaliditet.
4. Kod različitih posljedica kraniocerebralnih ozljeda zbog jednog nesretnog slučaja postotci za invaliditet se ne zbrajaju, već se postotak određuje samo po točki najpovoljnijoj za osiguranika.
5. Trajni invaliditet za točke 1.-9. procjenjuje se najranije nakon isteka godine dana od ozljeđivanja, a za posttraumatske epilepsije najranije nakon dvije godine od ozljeđivanja.
6. Pod pojmom učestali "Grand mal" napadaji podrazumijeva se gubitak svijesti uz pojavu toničko kloničkih grčeva jednom mjesečno i/ili češće.
7. Pod pojmom "učestali žarišni napadaji" podrazumijeva se pojava žarišnih napadaja češće od 2x tjedno.

II. Oči

10. Potpuni gubitak vida na oba oka 100%

11. Potpuni gubitak vida na jedno oko 33%

12. Oslabljenje vida jednog oka zbog ozljede, za svaku desetinu smanjenja vidne oštine 3,3%

13. U slučaju da je na drugom oku došlo do potpunog gubitka vida (amauroza), za svaku desetinu smanjenja vida ozlijeđenog oka 6,6%

14. Trajna dvoslika nastala zbog ozljede oka:

a. vanjska oftalmoplegija	10%
b. potpuna oftalmoplegija	20%

15. Trajni gubitak očne leće radi ozljede bez mogućnosti zamjene - ugradnje umjetne leće:

a. jednostrana afakija	20%
b. obostrana afakija	30%

16. Pseudofakija:

a. jednostrana	5%
b. obostrana	10%

17. Djelomično oštećenje mrežnice i staklastog tijela:

a. djelomični ispad vidnog polja zbog posttraumatskog odljuštenja mrežnice	3%
b. замуćenje staklastog tijela zbog traumatskog krvarenja	3%

18. Trajno proširenje zjenice nakon direktnog udara u oko 3%

19. Nepotpuna unutarnja oftalmoplegija do 10%

20. Ozljeda suznog aparata i očnih vjeđa:

a. epifora	3%
b. entropium, ektropium	3%
c. ptoza vjeđe	3%

21. Koncentrično suženje vidnog polja na preostalom oku (s potpunim gubitkom vida na drugom oku):

a. od 80 do 60 stupnjeva	do 10%
b. do 40 stupnjeva	do 30%
c. do 20 stupnjeva	do 50%
d. do 5 stupnjeva	do 60%

22. Jednostrano koncentrično suženje vidnog polja:

a. 50 stupnjeva	5%
b. 30 stupnjeva	10%
c. 5 stupnjeva	30%

23. Homonimna hemianopsija 30%

Posebne odredbe

1. Invaliditet se nakon traumatskog odljuštenja mrežnice određuje po točkama 11., 12., 13. ili 16. najranije mjesec dana od ozljede ili operacije.
2. Ozljeda očne jabučice koja je uzrokovala odljuštenje mrežnice mora biti bolnički dijagnosticirana.
3. Trajna oštećenja oka ocjenjuju se nakon završenog liječenja osim za ozljede iz točaka 14. i 19. koje se mogu procjenjivati tek nakon isteka godine dana od ozljeđivanja.
4. Oštećenje vjeđa i suznog aparata ocjenjuje se prema točki 21 zasebno i pribraja se ostalim utvrđenim točkama invaliditeta nastalog nakon oštećenja vida.
5. Ptoza kao sastavni dio oftalmoplegije ocjenjuje se isključivo po točki 14.
6. Invaliditet po točkama 21. - 23. se ne određuje ako se radi o posljedici potresa mozga ili o posljedici ozljede mekih struktura vrata (tzv. trzajna ozljeda vratne kralježnice).
7. Invaliditet po točkama 21. i 22. određuje se nakon roka iz točke 3. ovih Posebnih odredbi, uz nove nalaze VP i EVP.

III. Uši

24. Potpuna gluhoća na oba uha s urednom kaloričkom reakcijom vestibularnog organa 40%

25. Potpuna gluhoća na oba uha s ugaslom kaloričkom reakcijom vestibularnog organa 60%

26. Potpuna gluhoća na jednom uhu s urednom kaloričkom reakcijom vestibularnog organa 15%

27. Potpuna gluhoća na jednom uhu s ugaslom kaloričkom reakcijom vestibularnog organa 20%

28. Obostrana naglušost s urednom kaloričkom reakcijom vestibularnog organa obostrano; ukupni gubitak sluha (Fowler-Sabine):

a. 20-30%	5%
b. 31-60%	10%
c. 61-85%	20%

29. Obostrana naglušost s ugaslom kaloričkom reakcijom vestibularnog organa obostrano; ukupni gubitak sluha (Fowler-Sabine):

a. 20-30%	do 10%
b. 31-60%	do 20%
c. 61-85%	do 30%

30. Jednostrana jaka naglušost s urednom kaloričkom reakcijom vestibularnog organa; gubitak sluha na razini 90-95 decibela 10%

31. Jednostrana jaka naglušost s ugaslom kaloričkom reakcijom vestibularnog organa; gubitak sluha na razini 90-95 decibela 12,5%

32. Ozljeda ušne školjke

a. gubitak do polovice ušne školjke	do 5%
b. gubitak preko polovice ušne školjke ili potpuno unakaženje	10%

Posebne odredbe

1. Ako je u osiguranika dokazano prijašnje oštećenje sluha tipa akustičke traume, invaliditet zbog gubitka sluha (Fowler-Sabine) nastao nesretnim slučajem umanjuje se za 1/2.
2. Invaliditet po točkama 24. - 32. ne određuje se ako se radi o posljedici potresa mozga ili o posljedici ozljede mekih struktura vrata (tzv. trzajna ozljeda vratne kralježnice).

IV. Lice

33. Ožiljno deformirajuća oštećenja kože lica s funkcijskim smetnjama i/ili posttraumatski deformiteti kostiju lica:

- a. laki stupanj 5%
- b. srednji stupanj 10%
- c. teški stupanj 20%

34. Ograničenje zagriža (razmak između gornjih i donjih zubi):

- a. od 5 cm do 3 cm 10%
- b. do 1,5 cm 30%

35. Defekti na čeljusnim kostima, jezika ili nepcu s funkcionalnim smetnjama do 15%

36. Odstranjenje donje čeljusti 35%

37. Pareza ličnog živca uzrokovana lomom sljepoočne kosti ili ozljedom parotidne regije:

- a. u srednjem stupnju 5%
- b. u jakom stupnju s kontrakturom i tikom mimičke muskulature 20%
- c. paraliza ličnog živca 30%

Posebne odredbe

1. Za unakažena lica bez funkcijskih poremećaja ne određuje se invaliditet.
2. Invaliditet iz točke 37. procjenjuje se nakon završenog liječenja, ali ne prije nego što isteknu dvije godine od ozljeđivanja, uz obvezatno EMNG praćenje.
3. Za gubitak zubi ne određuje se invaliditet.
4. Invaliditet određen po točki 33. ne pribraja se invaliditetu po točkama 34., 35., 36. i 37.

V. Nos

38. Ozljeda nosa:

- a. djelomičan gubitak nosa 10%
- b. gubitak čitavog nosa 30%

39. Anosmija uzrokovana dokazanim lomom gornjeg unutarnjeg dijela nosnih kostiju 3%

40. Otežano disanje nakon prijeloma nosnog septuma koji je utvrđen klinički i radiološki neposredno nakon ozljede 5%

Posebne odredbe

1. Kad se utvrde različite posljedice ozljede nosa zbog jednoga nesretnog slučaja postotci se za invaliditet ne zbrajaju, već se invaliditet ocjenjuje najpovoljnijom točkom za osiguranika.
2. Invaliditet iz točke 40. utvrđuje se nakon završenog liječenja, ali ne prije isteka jedne godine od ozljeđivanja ili operacije.
3. Za povredu pod točkom 38., 39. i 40. osiguranik je obavezan Osiguratelju na uvid dostaviti RTG snimke.

VI. Dušnik i jednjak

41. Ozljede dušnika:

- a. stanje nakon traheotomije poslije ozljede 5%
- b. stenoza dušnika poslije ozljede grkljana i početnog dijela dušnika 10%

42. Stenoza dušnika zbog koje se mora trajno nositi kanila 60%

43. Suženje jednjaka rendgenološki dokazano:

- a. laki stupanj tj. suženje do 1/3 normale 5%
- b. srednji stupanj tj. suženje do 1/2 normale 10%
- c. teški stupanj tj. suženje preko 1/2 normale 30%

44. Potpuno suženje jednjaka s trajnom gastrostomom 80%

VII. Prsni koš

45. Ozljede rebara:

- a. rendgenološki dokazan lom dvaju rebara ili lom prsne kosti zacijeljeni s pomakom bez smanjenja plućne ventilacije restriktivnog tipa 2%
- b. prijelom triju ili više rebara zacijeljen s pomakom bez smanjenja plućne

ventilacije restriktivnog tipa 5%

46. Stanje nakon torakotomije 5%

47. Oštećenje plućne funkcije restriktivnog tipa zbog loma rebara, otvorenih ozljeda prsnog koša, osttraumatskih priraslica, hematoraksa i pneumotoraksa:

- a. vitalni kapacitet umanjen za 20-30% do 10%
- b. vitalni kapacitet umanjen za 31-50% do 30%
- c. vitalni kapacitet umanjen za 51% i više do 50%

48. Fistula nakon empijema 10%

49. Gubitak jedne dojke:

- a. u životnoj dobi do 50 godina 15%
- b. u životnoj dobi iznad 50 godina 10%
- c. teško oštećenje dojke u životnoj dobi do 50 godina 5%

50. Gubitak obje dojke:

- a. u životnoj dobi do 50 godina 30%
- b. u životnoj dobi iznad 50 godina 15%
- c. teško oštećenje obje dojke u životnoj dobi do 50 godina 10%

51. Posljedice penetrantnih ozljeda srca i velikih krvnih žila prsnog koša:

- a. srce s normalnim EKG-om i ultrazvukom 20%
- b. srce s promijenjenim EKG-om i ultrazvukom, ovisno o težini promjene do 50%
- c. oštećenje krvnih žila 10%
- d. aneurizma aorte s implantantom 40%

Posebne odredbe

1. Kapacitet pluća određuje se ponovljenom spirometrijom, a po potrebi i detaljnom pulmološkom obradom i ergometrijom.
2. Ako uz invaliditet iz točaka 45., 46. i 48. postoji poremećaj plućne funkcije restriktivnog tipa, invaliditet se ne ocjenjuje navedenim točkama, već točkom 47.
3. Invaliditet iz točaka 47. i 48. ocjenjuje se nakon završenog liječenja, ali ne ranije od jedne godine nakon ozljeđivanja.
4. Invaliditet se ne određuje za lom jednog rebra.
5. Ako je spirometrijom dokazan miješani poremećaj plućne funkcije (opstruktivni i restriktivni), invaliditet se umanjuje razmjerno ispadu funkcije zbog bolesti.

VIII. Koža

52. Dublji ožiljci na tijelu nakon opekline ili ozljeda bez funkcijskih smetnji koji zahvaćaju:

- a. od 10 do 20% površine tijela do 5%
- b. preko 20% površine tijela 15%

53. Duboki ožiljci na tijelu nakon opekline ili ozljeda, a zahvaćaju:

- a. od 5-10% površine tijela do 5%
- b. od 11-20% površine tijela do 15%
- c. više od 20% površine tijela 30%

Posebne odredbe

1. Za estetske ožiljke ne određuje se invaliditet.
2. Za dublje ožiljke koji zahvaćaju do 10% površine tijela, a ne uzrokuju funkcijske smetnje, ne određuje se invaliditet.
3. Slučajevi iz točaka 52. i 53. izračunavaju se primjenom pravila devetke (shema na kraju Tablice).
4. Dublji ožiljak nastaje nakon intermedijalne opekline (II.b stupanj) i/ili ozljede s većim defektom kože.
5. Duboki ožiljak nastaje nakon duboke opekline (III. stupanj) ili potkožne subdermalne opekline (IV. stupanj) i/ili velike ozljede kožnog pokrivača.
6. Za posljedice epidermalne opekline (I. stupanj) i površne ozljede kože (II.a stupanj) ne određuje se invaliditet.
7. Funkcijske smetnje izazvane opeklinama ili ozljedama iz točke 53. ocjenjuju se prema odgovarajućim točkama Tablice invaliditeta.

IX. Trbušni organi

54. Traumatska hernija nastala na mjestu ozljede trbušne stijenke ili postoperativna hernija na mjestu ožiljka od laparotomije učinjene radi

ozljede trbušnih organa	5%
55. Ozljeda ošita:	
a. stanje nakon prsnuća ošita bolnički dokazanog neposredno nakon ozljede i kirurški zbrinuto	20%
b. dijafragmalna hernija – recidiv nakon kirurški zbrinute dijafragmalne traumatske hernije	25%
56. Stanje nakon eksplorativne laparotomije	5%
57. Resekcija želudca nakon ozljede želudca	10%
58. Resekcija tankog crijeva:	
a. do 50 cm	5%
b. do 100 cm	10%
c. više od 100 cm	20%
59. Operativno liječena ozljeda debelog crijeva bez resekcije, uključujući i privremenu kolostomu	10%
60. Resekcija jetre nakon ozljede jetre	20%
61. Gubitak slezene (splenektomija):	
a. u životnoj dobi do 20 godina	20%
b. u životnoj dobi višoj od 20 godina	10%
62. Funkcionalni poremećaji nakon ozljede gušterače dokazani UZ i/ili CT	15%
63. Anus praeternaturalis (trajni)	50%
64. Incontinentia alvi dokazano EMNG praćenjem:	
a. djelomična	20%
b. potpuna	60%

Posebne odredbe

Kod ocjene trajnog invaliditeta koje su posljedica ozljede trbušnih organa primjenjuje se načelo točke 6. općih odredbi.

X. Mokraćni organi

65. Gubitak jednog bubrega uz urednu funkciju drugoga	30%
66. Gubitak jednog bubrega uz oštećenje funkcije drugoga:	
a. od 10% do 30% oštećenja funkcije	do 40%
b. do 50% oštećenja funkcije	do 55%
c. više od 50% oštećenja funkcije	do 80%
67. Funkcijska oštećenja jednog bubrega:	
a. od 10% do 30% oštećenja funkcije	do 10%
b. do 50% oštećenja funkcije	do 15%
c. više od 50% oštećenja funkcije	25%
68. Funkcijska oštećenja obaju bubrega:	
a. od 10% do 30% oštećenja funkcije	do 20%
b. do 50% oštećenja funkcije	do 30%
c. više od 50% oštećenja funkcije	60%
69. Poremećaj ispuštanja mokraće zbog ozljede uretre klasificirane prema Charrieru:	
a. ispod 18 CH	do 10%
b. ispod 14 CH	do 20%
c. ispod 6 CH	35%
70. Ozljeda mokraćnog mjehura sa smanjenim kapacitetom - za svaku 1/3 smanjenog kapaciteta	10%
71. Potpuna i trajna inkontinencija urina dokazana EMNG praćenjem	40%
72. Urinarna fistula:	
a. uretralna	20%
b. perinealna i vaginalna	30%

XI. Genitalni organi

73. Gubitak jednog testisa:	
a. u životnoj dobi do 60 godina	15%
b. u životnoj dobi višoj od 60 godina	5%
74. Gubitak oba testisa:	
a. u životnoj dobi do 60 godina	50%
b. u životnoj dobi višoj od 60 godina	25%
75. Gubitak penisa:	
a. u životnoj dobi do 60 godina	50%
b. u životnoj dobi višoj od 60 godina	30%
76. Deformacija penisa s onemogućenom kohabitacijom:	
a. u životnoj dobi do 60 godina	50%
b. u životnoj dobi višoj od 60 godina	30%
77. Gubitak maternice i jajnika u životnoj dobi do 55 godina:	
a. gubitak maternice	30%
b. gubitak jednog jajnika	10%
c. gubitak obaju jajnika	30%
78. Gubitak maternice i jajnika u životnoj dobi višoj od 55 godina:	
a. gubitak maternice	10%
b. gubitak svakog jajnika	5%
79. Oštećenja vulve i vagine koja onemogućuju kohabitaciju:	
a. u životnoj dobi do 60 godina	50%
b. u životnoj dobi višoj od 60 godina	15%

XII. Kralješnica

80. Ozljeda kralješnice s trajnim potpunim oštećenjem kralješničke moždine ili perifernih živaca (paraplegija, triplegija, tetraplegija) s gubitkom kontrole defekacije i uriniranja	100%
81. Ozljeda kralješnice s potpunom paralizom donjih ekstremiteta bez smetnje defekacije i uriniranja	80%
82. Ozljeda kralješnice s trajnim djelomičnim oštećenjem kralješničke moždine ili perifernih živaca (tetrapareza, tripareza) bez gubitka kontrole defekacije i uriniranja, dokazana EMG-om	do 50%
83. Ozljeda kralješnice s paraparezom, dokazana EMG-om	do 40%
Posebne odredbe	
Invaliditet iz točaka 80. i 81. ocjenjuje se nakon utvrđivanja trajnih neuroloških oštećenja, a iz točaka 82. i 83. nakon završenog liječenja, ali ne prije isteka dvije godine od ozljeđivanja.	
84. Posljedice prijeloma najmanje dvaju kralješaka uz promjenu fiziološke zakrivljenosti kralješnice (kifoza, skolioza) RTG dokazane	15%
85. Umanjena pokretljivost kralješnice nakon RTG dokazanog prijeloma trupa (korpusa) vratnog kralješka	10%
86. Stanje nakon operativne stabilizacije prijeloma korpusa (trupa) vratnog kralješka	20%
87. Umanjena pokretljivost kralješnice nakon ozljede korpusa (trupa) slabinskog kralješka	10%
88. Stanje nakon operativne stabilizacije prijeloma korpusa (trupa) slabinskog kralješka	20%
89. Serijski lom poprečnih nastavaka triju ili više kralješaka	5%

Posebne odredbe

- Za ocjenu po točkama 84. - 89. obvezatno je Osiguratelju dostaviti RTG snimke na uvid.
- Nije ugovoreno osigurateljno pokrivanje i ne postoji obveza za ocjenjivanje trajnog invaliditeta:
 - zbog smanjene pokretljivosti vrata nakon istegnuća zglobno-

- ligamentarnih struktura vratne kralježnice, odnosno nakon trzajnih ozljeda vratne kralježnice,
- zbog smanjenje pokretljivosti slabinske kralježnice nakon ozljeda mekih struktura u vidu istegnuća mišića ili instabiliteta nakon zglobno-ligamentarnog oštećenja slabinske kralježnice,
 - za prijelom grudnog kralješka,
 - za prijelom spinoznih nastavaka,
 - za neuralna oštećenja koja su posljedica ozljede zglobno-ligamentarnih struktura i posljedičnih degenerativnih promjena vratne i slabinske kralježnice
3. Hernijacija intervertebralnog diska, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloza, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitisa, kokciodinija, ishijalgija, fibrozitisa, fascitisa i sve patoanatomske promjene slabinsko-križne regije označene analognim terminima, kao i bolni sindromi vratne kralježnice, nisu obuhvaćene osiguranjem.

XIII. Zdjelica

90. Višestruki lom zdjelice s težom deformacijom ili denivelacijom sakroilijakalnih zglobova ili simfize 30 %
91. Simfizeoliza s horizontalnim i/ili vertikalnim pomakom:
- veličine 1 cm 10 %
 - veličine 2 cm 15 %
 - veličine preko 2 cm 25 %
92. Lom jedne crijevne kosti, zaliječen s pomakom 5 %
93. Lom obje crijevne kosti, zaliječen s pomakom 10 %
94. Lom stidne ili sjedne kosti, zaliječen s pomakom 5 %
95. Lom dvije kosti: stidne, sjedne ili stidne i sjedne, zaliječen s pomakom 10 %
96. Lom križne kosti, zaliječen s pomakom 5 %
97. Operativno odstranjenje trtične kosti 5 %

Posebne odredbe

- Za ocjenu invaliditeta po točkama 90. - 97. obvezatno je Osiguratelju dostaviti RTG snimke na uvid.
- Za lom kostiju zdjelice koju su zaliječene bez pomaka i bez objektivnih funkcijskih smetnji ne određuje se invaliditet.
- Za prijelom trtične kosti ne određuje se invaliditet.

XIV. Ruke

98. Gubitak obje ruke ili obje šake 100 %
99. Gubitak ruke u ramenu (eksartikulacija) 70 %
100. Gubitak ruke u području nadlaktice 65 %
101. Gubitak ruke ispod lakta s očuvanom funkcijom lakta 60 %
102. Gubitak jedne šake 55 %
103. Gubitak svih prstiju:
- na obje šake 90 %
 - na jednoj šaci 45 %
104. Gubitak palca 20 %
105. Gubitak kažiprsta 12 %
106. Gubitak:
- srednjeg prsta 7 %
 - domalog ili malog prsta, za svaki prst 3 %
107. Gubitak metakarpalne kosti palca 6 %
108. Gubitak metakarpalne kosti kažiprsta 4 %
109. Gubitak metakarpalne kosti srednjega, domalog i malog prsta, za svaku kost 2 %

Posebne odredbe

- Za gubitak jednog članka palca određuje se 1/2, a za gubitak jednog članka ostalih prstiju određuje se 1/3 postotka određenog za gubitak toga prsta.
 - Djelomičan gubitak koštanog dijela članka određuje se kao potpuni gubitak članka toga prsta.
 - Za gubitak jagodice prsta bez gubitka koštanog dijela članka prsta ne određuje se invaliditet.
110. Potpuna ukočenost ramenog zgloba nakon rtg dokazanog koštanog prijeloma:
- u funkcijski nepovoljnom položaju (zglob ukočen u položaju abdukcije 20-40 st stupnjeva) 35 %
 - u funkcijski povoljnom položaju (zglob ukočen u položaju abdukcije do 20 stupnjeva) 20 %
111. Rendgenološki dokazani prijelomi u području ramena zaliječeni s pomakom ili intraartikularni prijelomi koji uzrokuju umanjenu pokretljivost ramenog zgloba 5 %
112. Labavost ramenog zgloba s koštanim defektom zglobnih tijela do 10 %
113. Endoproteza ramenog zgloba 15 %
114. Posttraumatsko iščašenje ramenog zgloba RTG utvrđeno kod prvog pregleda 3 %
115. Pseudoartroza nadlaktične kosti RTG dokazana 20 %
116. Kronični osteomijelitis kostiju ruke s fistulom 10 %
117. Potpuna kljenut mišića vratno-ramenog obruča zbog ozljede akcesornog živca 15 %
118. Potpuna kljenut mišića ruke zbog ozljede brahijalnog plexusa 60 %
119. Djelomična kljenut mišića ruke zbog ozljede gornjeg dijela (ERB) ili donjeg dijela (KLUMPKE) brahijalnog plexusa 35 %
120. Potpuna kljenut mišića ramena zbog ozljede aksilarnog živca 15 %
121. Potpuna kljenut mišića šake zbog ozljede radijalnog živca 30 %
122. Potpuna kljenut dijela mišića podlaktice i šake zbog ozljede medijalnog živca 35 %
123. Potpuna kljenut dijela mišića podlaktice i šake zbog ozljede ulnarnog živca 30 %
124. Potpuna kljenut mišića zbog ozljede dva živca jedne ruke 50 %
125. Potpuna kljenut mišića zbog ozljede tri živca jedne ruke 60 %

Posebne odredbe

- Nije ugovoreno osigurateljno pokrće i ne postoji obveza ocjenjivanja invaliditeta:
 - za posljedice prijeloma ključne kosti,
 - zbog ponavljano (habitualnog) iščašenja ramena,
 - zbog djelomičnog ili potpunog iščašenja akromioklavikularnog ili sternoklavikularnog zgloba,
 - za radikularna oštećenja kao i oštećenja perifernih živaca nakon ozljede mekih struktura vratne kralježnice nastalih mehanizmom trzajne ozljede vrata,
 - za potpunu kljenut mišića ruke zbog ozljede živca koja nije utvrđena neposredno nakon nesretnog slučaja i verificirana pripadajućim kliničkim nalazom i EMNG-om.
- Po točkama 117. do 125. invaliditet se određuje samo u slučajevima traumatskog oštećenja motornih niti perifernih živaca nakon završenog liječenja i rehabilitacije, a najranije dvije godine nakon ozljede uz klinički pregled i obvezno utvrđenje konačnog stupnja ozljede živca EMNG nalazima.
- Za djelomičnu kljenut mišića ruke zbog ozljede živca određuje se maksimalno do 2/3 invaliditeta određenog za potpunu kljenut istih mišića.

126. Potpuna ukočenost lakatnog zgloba: a. u funkcijski nepovoljnom položaju b. u funkcijski povoljnom položaju od 100 do 140 stupnjeva	25 % do 15 %	148. Transmetatarzalna amputacija	25 %
127. Rendgenološki dokazani lomovi lakatnog područja zaliječeni s pomakom ili intraartikularni lomovi koji uzrokuju umanjenu pokretljivost lakatnog zgloba	5 %	149. Gubitak I. i IV. metatarzalne kosti	5 %
128. Endoproteza lakta	20 %	150. Gubitak II., III. i IV. metatarzalne kosti, za svaku	3 %
129. Pseudoartroza obje kosti podlaktice, RTG dokazano	25 %	151. Gubitak svih prstiju jednog stopala	20 %
130. Pseudoartroza palčane kosti-radijusa, RTG dokazano	20 %	152. Gubitak palca stopala: a. distalnog članka palca b. gubitak čitavog palca	5 % 10 %
131. Pseudoartroza lakatne kosti-ulne, RTG dokazano	10 %	153. Gubitak čitavog II.-V. prsta na nozi, za svaki prst	2,5 %
132. Potpuna ukočenost ručnog zgloba: a. u položaju ekstenzije b. u osovini podlaktice c. u položaju fleksije	15 % 20 % 30 %	154. Djelomični gubitak II.-V. prsta na nozi, za svaki prst	1 %
133. Rendgenološki dokazani lomovi u području ručnog zgloba zaliječeni s pomakom ili intraartikularni lomovi koji uzrokuju umanjenu pokretljivost ručnog zgloba	5 %	155. Potpuna ukočenost kuka nakon RTG dokazanog prijeloma: a. u funkcijski nepovoljnom položaju b. u funkcijski povoljnom položaju	30 % 20 %
134. Endoproteza čunjaste kosti i/ili mjesečaste kosti	20 %	156. Potpuna ukočenost obaju kukova nakon RTG dokazanog prijeloma	70 %
Posebne odredbe		157. Rendgenološki dokazani lomovi u području kuka zaliječeni s pomakom ili intraartikularni lomovi koji uzrokuju umanjenu pokretljivost kuka	do 10 %
1. Za pseudoartrozu čunjaste ili mjesečaste kosti, ne određuje se invaliditet.		158. Nereponirano zastarjelo traumatsko uganuće kuka RTG dokazano	40 %
2. Za posljedice prijeloma metakarpalnih kostiju ne određuje se invaliditet.		159. Deformirajuća posttraumatska artroza kuka poslije loma koja uzrokuje umanjenu pokretljivost kuka, s RTG dokazom - uspoređeno sa zdravim, umanjeno više od 2/3 pokreta zgloba	do 20 %
135. Potpuna ukočenost svih prstiju jedne šake	40 %	160. Nepravilno zarastao lom bedrene kosti uz angulaciju za: a. od 10 do 20 stupnjeva b. više od 20 stupnjeva	do 10 % 15 %
136. Potpuna ukočenost pojedinih prstiju: a. čitavog palca b. čitavog kažiprsta c. čitavog srednjeg prsta d. domalog ili malog prsta, za svaki	12 % 9 % 5 % 2 %	161. Kronični osteomijelitis kostiju nogu s fistulom	10 %
Posebne odredbe		162. Pseudoartroza bedrene kosti, RTG dokazano	30 %
1. Za potpunu ukočenost jednog zgloba palca određuje se 1/2, a za potpunu ukočenost jednog zgloba ostalih prstiju 1/3 postotka određenog za potpunu ukočenost toga prsta.		163. Veliki i duboki ožiljci u mišićima natkoljenice i/ili potkoljenice, kao i traumatske hernije mišića natkoljenice i/ili potkoljenice uz klinički dokazan poremećaj cirkulacije i urednu funkciju zgloba	5 %
2. Zbroj postotaka za ukočenost pojedinih zglobova jednog prsta ne može biti veći od postotka određenog za potpunu ukočenost toga prsta.		164. Endoproteza kuka: a. parcijalna b. totalna	15 % 30 %
3. Za posljedice ozljede prstiju invaliditet se određuje bez primjene načela iz točke 3. Općih odredbi Tablice invaliditeta.		165. Skraćenje noge nakon loma: a. 2 - 4 cm b. 4,1 - 6 cm c. više od 6 cm	do 10 % do 15 % 20 %
XV. Noge		166. Potpuna ukočenost koljena: a. u funkcijski nepovoljnom položaju b. u funkcijski povoljnom položaju (do 10 stupnjeva fleksije)	35 % 10 %
137. Gubitak obiju natkoljenica	100 %	167. Deformirajuća artroza koljena poslije ozljede zglobnih tijela koja uzrokuje umanjenu pokretljivost, s RTG dokazom - uspoređeno sa zdravim, umanjeno više od 2/3 opsega pokreta	10 %
138. Eksartikulacija noge u kuku	70 %	168. Rendgenološki dokazani lomovi u području koljena zaliječeni s pomakom ili intraartikularni lomovi koji uzrokuju umanjenu pokretljivost koljena	5 %
139. Gubitak natkoljenice u gornjoj trećini, batrljak nepodesan za protezu	60 %	169. Endoproteza koljena: a. parcijalna b. totalna	15 % 30 %
140. Gubitak natkoljenice ispod gornje trećine	50 %	170. Slobodno zglobno tijelo nastalo nakon ozljede koljena, rendgenološki dokazano	3 %
141. Gubitak obje potkoljenice, batrljak pogodan za protezu	80 %	171. Funkcijske smetnje poslije uklanjanja patele: a. djelomično uklonjena patela b. potpuno uklonjena patela	5 % 15 %
142. Gubitak potkoljenice, koštani batrljak manji od 6 cm	45 %		
143. Gubitak potkoljenice, koštani batrljak veći od 6 cm	40 %		
144. Gubitak obaju stopala	80 %		
145. Gubitak jednog stopala	35 %		
146. Gubitak stopala u Chopartovoj liniji	35 %		
147. Gubitak stopala u Lisfrancovoj liniji	30 %		

172. Stanje nakon operativne stabilizacije puknuća križnih ligamenata koljena dokazanog magnetskom rezonancom neposredno nakon ozljede **10%**

173. Nepravilno zarastao lom potkoljenice, rendgenološki dokazan s valgus, valus ili recurvatum deformacijom, uspoređeno sa zdravom više od 15 stupnjeva **do 15 %**

174. Pseudoartroza goljenične kosti -tibije, RTG dokazano:
a. bez koštanog defekta **10 %**
b. s koštanim defektom **20 %**

175. Potpuna ukočenost nožnog zgloba:
a. u funkcijski nepovoljnom položaju **25 %**
b. u funkcijski povoljnom položaju (5-10 stupnjeva plantarne fleksije) **10 %**

176. Rendgenološki dokazani lomovi u području nožnog zgloba zaliječeni s pomakom ili intraartikulirani lomovi koji uzrokuju umanjenu pokretljivost zgloba **5%**

177. Endoproteza nožnog zgloba **25 %**

178. Traumatsko proširenje maleolarne vilice stopala, uspoređeno sa zdravim **5 %**

179. Deformiteti stopala: pes excavatus, pes planovalgus, pes varus, pes equinus – u teškom stupnju **5%**

180. Deformacija kalkaneusa poslije kompresivnog loma **5%**

181. Deformacija talusa poslije loma, uz deformirajuću artrozu, rendgenološki dokazano **5%**

182. Deformacija metatarzusa nakon loma metatarzalnih kostiju (za svaku metatarzalnu kost 1 %) **do 5 %**

183. Operacijski liječena ruptura Achilove tetive **5%**

184. Potpuna ukočenost distalnog zgloba palca na nozi **1,5%**

185. Potpuna ukočenost proksimalnog zgloba palca na nozi ili obaju zglobova **3%**

186. Veliki ožiljci na peti ili tabanu poslije ozljede mekih dijelova - više od 1/2 površine tabana **do 10%**

187. Paraliza živaca noge:

a. n. ischiadicus **40%**
b. n. femoralis **30%**
c. n. tibijalis **25%**
d. n. peroneus **25%**
e. n. glutealis **10%**

Posebne odredbe

1. Osiguranik je obvezatan Osiguratelju dati na uvid RTG snimke.

2. Invaliditet se ne određuje za oštećenje i/ili operativno odstranjenje meniskusa.

3. Invaliditet se ne određuje za:

a. za posljedice ozljede ligamentarnih struktura (distorzije) nožnog zgloba,

b. za rupturu Achilove tetive koja nije operacijski liječena.

4. Nije ugovoreno osigurateljno pokrivanje i ne postoji obveza ocjenjivanja trajnog invaliditeta:

a. zbog ukočenosti interfalangealnih zglobova II-V prsta stopala u ispruženom položaju ili umanjene pokretljivosti ovih zglobova,

b. po točki 187. ako ozljeda živca nije dijagnosticirana neposredno nakon nesretnog slučaja kliničkim pregledom i pripadajućim EMNG-om.

5. Po točki 187. invaliditet se ocjenjuje samo u slučajevima traumatskog oštećenja motornih niti perifernih živaca nakon završenog liječenja i rehabilitacije, a najranije dvije godine nakon ozljeđivanja uz klinički pregled i uz obvezno utvrđenje konačnog stupnja oštećenja živca EMNG nalazima.

6. Za pareze živaca na nozi određuje se najviše do 2/3 postotka invaliditeta

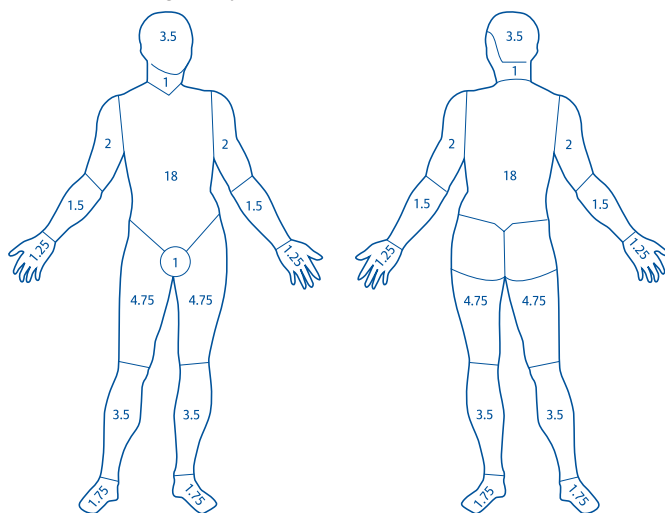
određenog za paralizaciju toga živca.

7. Za oštećenje korjenova spinalnih živaca slabinske regije (tzv. radikularna oštećenja) ne određuje se invaliditet.

Procjena opečene površine po Wallace-ovom pravilu

Pravilo devetke

- Vrat i glava **9 %**
- Jedna ruka **9 %**
- Prednja strana trupa **2x9 %**
- Zadnja strana trupa **2x9 %**
- Jedna noga **2x9 %**
- Perineum i genitalije **1 %**



U primjeni od 16. prosinca 2019.

Dopunski uvjeti osiguranja za slučaj nastanka teške bolesti

I. Uvodne odredbe

Članak 1.

- 1) Dopunski uvjeti osiguranja za slučaj nastanka teške bolesti (u daljnjem tekstu: Dopunski uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju života s Dopunskim osiguranjem teških bolesti uz osiguranje života (u daljnjem tekstu: Dopunsko osiguranje) sklopljenim s Allianz Hrvatska d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).
- 2) Dopunsko osiguranje teških bolesti može se ugovoriti jedino ako je ugovoreno i osiguranje života.
- 3) Dopunsko osiguranje teških bolesti može biti sklopljeno sa ili bez liječničkog pregleda.
- 4) Opseg pokriva Dopunskog osiguranja teških bolesti definiran je na polici osiguranja.

II. Osigurani slučaj

Članak 2.

- 1) Osigurani slučaj u smislu ovih Dopunskih uvjeta je nastanak jedne od teških bolesti navedenih u ovom članku za vrijeme trajanja osiguranja, ako osiguranik nije umro u prvih trideset (30) dana od dana nastanka te bolesti.
- 2) Teškim se bolestima u smislu ovih Dopunskih uvjeta smatraju sljedeće bolesti prema navedenim definicijama:

1. **Tumor** - zloćudna histološki dokazana epitelna i/ili mezenhimna novotvorina sa svojstvima nekontroliranog rasta, prodiranja u okolinu, te metastaziranja u udaljena područja, uključujući maligne limfome (Morbus Hodgkin i Non Hodgkin) koja zahtijeva:

- operaciju sa zračenjem ili
- operaciju s kemoterapijskim liječenjem ili
- operaciju sa zračenjem i kemoterapijskim liječenjem ili
- zračenje i/ili kemoterapijsko liječenje kao jedinu metodu liječenja ako je bolest u stadiju proširenih metastaza, a terapijski zahvat je za osiguranika palijativnog karaktera.

Isključeni su:

- Leukemija,
- Carcinoma in situ (uključujući cervikalnu displaziju CIN-klasifikacije CIN-1, CIN-2 i CIN-3 i PAP-klasifikacije PAP-1 do PAP-4) ili koji su histološki opisani kao pred-maligni,
- melanomi (s dokazanim stadijem 1 ili 2 po TNM klasifikaciji dokazano histološki ili stadijem invazije manjim od stadija 3 po Clarku) i karcinomi kože, osim ako postoje udaljene metastaze,
- Kaposi sarkom i drugi tumori uz istovremeno postojanje HIV pozitiviteta ili AIDS oboljenja,
- rak prostate histološki dokazane TNM klasifikacije T1 (uključivši T1a, T1b ili neke druge slične ili niže kvalifikacije,
- papilarni karcinom štitnjače,
- neinvazivni papilarni tumor mjehura histološki dokazan po TaNOM0 ili niže kvalifikacije.

Smatra se da je ova bolest u smislu ovih Dopunskih uvjeta nastala kada je potvrđena dijagnoza kliničkom obradom i liječenjem (bolnički ili ambulantno).

2. **Srčani infarkt** - nepovratno propadanje srčanog mišića uzrokovano neadekvatnom krvnom opskrbom relevantnog područja s komplikacijama koje su dokazane nakon akutne faze liječenja.

Dijagnoza se provodi kliničkom slikom koja treba biti potvrđena sa 3

od 5 sljedećih kriterija:

- tipična bol u prsima karakteristična za srčani infarkt,
- potvrđene novonastale EKG promjene,
- dijagnostički značajan porast kardijalnog enzima CK-MB,
- dijagnostički značajan porast troponina,
- ejijska frakcija lijeve klijetke manja od 45% izmjerena 3 mjeseca ili više nakon događaja.

Navedeni kriteriji ne moraju biti ispunjeni u spomenutom opsegu (3 od 5) ako je provedena akutna terapija lizom, balondilatacijom ili stentom koju je indicirao i proveo nadležni kardiolog.

Uključena su stanja kada se temeljem rane dijagnoze infarkta provede lizaterapija ili angioplastika koju je indicirao i proveo nadležni kardiolog, kao i kirurški zahvat ako nakon akutne faze liječenja infarkta postoji indikacija

za operaciju krvnih žila-bypass. Bypass(premosnica) koronarnih arterija podrazumijeva kirurški zahvat na preporuku kardiokirurga kojim se korigira stenozna ili okluzija najmanje 2 koronarne arterije.

Isključeni su:

- stabilna i nestabilna angina pektoris,
- tihi srčani infarkt.

Kod indikacije za operaciju krvnih žila-bypass smatra se da je ova bolest u smislu ovih Dopunskih uvjeta nastala nakon provedenog zahvata.

3. **Moždani udar** - rezultat cerebrovaskularnog incidenta koji je uzrokovan poremećajem cirkulacije krvi kroz mozak zbog infarkta mozga, hemoragije ili embolije iz ekstrakranijalnog izvora, dokazano pomoću CT-a, magnetske rezonance ili neke druge relevantne tehnologije u tom području. Događaj (incident) mora uzrokovati trajno neurološko oštećenje koje ima za posljedicu trajnu i nepovratnu nemogućnost osiguranika za:

- samostalno kretanje (unutar prostorija koje su na istoj razini), ili
- samostalno hranjenje ili
- verbalnu komunikaciju s okolinom.

Isključena su stanja koja su posljedica:

- migrene,
- hipoksije (manjka kisika),
- oštećenja mozga kao posljedice ranije traume,
- epilepsije,
- tumora mozga,
- upalnih procesa mozga,
- upalnih i/ili vaskularnih bolesti koje oštećuju vidni živac i vestibularni sustav,
- TIA- ishemičnog poremećaja koji uzrokuje prolazni neurološki deficit.

Smatra se da je ova bolest u smislu ovih Dopunskih uvjeta nastala ako je, najranije 3 mjeseca od dijagnosticiranja, utvrđeno da liječenjem i rehabilitacijom nije moguće postići daljnje poboljšanje funkcionalnih poremećaja (tzv. stanje ustaljenosti ili definitivno stanje).

4. **Zatajenje bubrega** - trajno zakazivanje funkcije oba bubrega radi kojega je potrebna trajna dijaliza ili transplantacija bubrega.

Isključena su akutna oboljenja bubrega.

Smatra se da je ova bolest u smislu ovih Dopunskih uvjeta nastala nakon početka trajne dijalize ili nakon provedene transplantacije bubrega.

5. **Transplantacija organa** - stvarno provedena transplantacija jednog od sljedećih organa osiguraniku, primatelju organa:

- srce - samo kompletna transplantacija (ugradnja umjetnog srca smatra se isto transplantacijom srca),
- pluća,
- koštane srži,
- jetre,
- gušterače (isključena transplantacija samo Langerhansovih otoka).

Smatra se da je ova bolest u smislu ovih Dopunskih uvjeta nastala nakon provedene transplantacije.

6. **Paraliza** - potpuna oduzetost (kljenut) u vidu hemiplegije, paraplegije, triplegije, kvadriplegije kao posljedica teških ozljeda uzrokovanih nezgodom. Uzročnopsljedična veza nezgode i paralize mora biti na vrijeme i dijagnostički utvrđena. Dijagnozu postavlja klinika za neurologiju, klinika za traumatologiju ili traumatološki odjel klinike za kirurgiju.

Smatra se da je ova bolest u smislu ovih Dopunskih uvjeta nastala nakon utvrđivanja stanja ustaljenosti, odnosno kada daljnjim liječenjem i rehabilitacijom nije moguće postići poboljšanje.

7. **Sljepoća** - potpuni gubitak vida na oba oka kao posljedica ozljede očiju ili mozga uzrokovanih nezgodom.

Dijagnozu mora potvrditi specijalista oftalmolog.

Smatra se da je ova bolest u smislu ovih Dopunskih uvjeta nastala kada specijalista oftalmolog utvrdi da je stanje konačno.

8. **Koma** - potpuni gubitak svijesti, duboka nesvjestica iz koje bolesnika nije moguće probuditi nikakvim podražajima, a nastala je iznenadno i o osiguranikovo volji neovisnim događajem izvana (trauma).

Koma je teška bolest u smislu ovih Dopunskih uvjeta ukoliko:

– stanje kome potraje u kontinuitetu uz pomoć aparata za održavanje života u razdoblju od najmanje 96 sati i za posljedicu ima trajnu i nepovratnu nesposobnost osiguranika za:

- samostalno kretanje (unutar prostorija koje su na istoj razini), ili
- samostalno hranjenje ili
- verbalnu komunikaciju s okolinom ili je

– stanje kome potrajalo barem 2 (dva) mjeseca.

Isključena je koma kao posljedica namjernog uzimanja velikih količina lijekova u svrhu samoubojstva, konzumiranja droge, tzv. hepatička, dijabetička, uremijska koma, posljedica vaskularnih poremećaja mozga, spaciokompresivnih procesa, tumora, upalnih procesa, "umjetna" koma kao terapija ili produženje kome u terapijske svrhe.

Smatra se da je ova bolest u smislu ovih Dopunskih uvjeta nastala nakon utvrđivanja stanja ustaljenosti, odnosno kada daljnjim liječenjem i rehabilitacijom nije moguće postići poboljšanje.

9. Teške opekotine - stanje nakon što je opečeno najmanje 20% tjelesne površine prema Pravilu devetke, za opekotine 3. ili višeg stupnja. Opekotina 3. stupnja jest opekotina pune debljine kože, zahvaća cijeli dermis i korijum, na opečanim predjelima stvara se nekroza. Mogu se protezati u dubinu do kosti. Smatra se da je ova bolest u smislu ovih Dopunskih uvjeta nastala nakon potpuno završenog liječenja.

10. Alzheimerova bolest - je progresivna degenerativna bolest mozga okarakterizirana s difuznom atrofijom moždane kore sa značajnim histopatološkim promjenama.

Bolest ima za posljedicu progresivne smetnje govora, pamćenja, prepoznavanja, ponašanja, motorički poremećaji s epizodama nemira i stanjima uzbuđenosti na temelju kojih nastaje dezorijentiranost u vremenu, prostoru, pa i osobama.

Za priznavanje bolesti uvjeti su sljedeći:

- mora biti prisutan značajan gubitak mentalne i socijalne kompetencije,
- mora se dokazati neophodnost trajnog nadzora nad osiguranikom,
- dijagnozu mora postaviti specijalista neurolog i
- moraju se predočiti učinjeni standardizirani testovi.

Isključeni su: neuroze, psihoze, alkoholizam i druga toksična oštećenja, kao i svi drugi oblici demencije.

Smatra se da je ova bolest u smislu ovih Dopunskih uvjeta nastala nakon što je kliničkom obradom potvrđena dijagnoza bolesti.

Članak 3.

1) Osigurateljno pokriva za teške bolesti iz članka 2., stavka 2), točke 1., 2., 3., 4., 5. i 10. ovih Dopunskih uvjeta počinje 3 (tri) mjeseca od dana početka ovog Dopunskog osiguranja utvrđenog policom.

2) Rok iz prethodnog stavka ovog članka primjenjuje se i u slučaju ako se svota pokriva povećava.

Članak 4.

1) U dokazivanju nastupa osiguranog slučaja:

- sva dokumentacija mora biti odobrena ili izdana od strane liječnika specijaliste koji je registriran u Hrvatskoj i nije ugovaratelj niti korisnik osiguranja kao niti supruga, partner ili rođak ugovaratelja osiguranja,
- koristi se relevantna dokumentacija koja uključuje kliničke, radiološke, histološke ili laboratorijske nalaze, ali i ostale po potrebi.

2) Ako nastup osiguranog slučaja odnosno jedne od teških bolesti iz članka 2. ima za posljedicu i potrebu za operativnim zahvatom, isti mora biti medicinski neophodan te dio uobičajenog tretmana za nastup takve bolesti.

III. Sposobnost za osiguranje

Članak 5.

1) Prema ovim Dopunskim uvjetima mogu se osigurati zdrave osobe pristupne dobi od 14 do 55 godina.

2) Za osiguranje osoba koje nisu potpuno zdrave primjenjuju se Posebni uvjeti za uvećane rizike.

3) Prema ovim Dopunskim uvjetima ne mogu se osigurati osobe kod kojih je ranije ustanovljena bilo koja bolest iz članka 2. ovih Dopunskih uvjeta, odnosno osobe koje se na dan sklapanja osiguranja liječe od neke od tih bolesti, kao ni osobe kod kojih su u tijeku pretrage radi dijagnosticiranja neke od tih bolesti.

IV. Početak i istek osiguranja

Članak 6.

1) Ako je dopunsko osiguranje teških bolesti sklopljeno istovremeno s osiguranjem života, početak dopunskog osiguranja i početak osigurateljeve obveze definirani su Općim uvjetima osiguranja života. U tom slučaju početak dopunskog osiguranja jednak je početku osiguranja života.

2) Ako je dopunsko osiguranje teških bolesti sklopljeno poslije početka osiguranja života, osigurateljeva obveza počinje u 00.00 sati dana koji je na polici označen kao početak dopunskog osiguranja ako je dotad plaćena prva premija. Početak dopunskog osiguranja teških bolesti može biti različit od početka osiguranja života.

3) Ako prva premija nije plaćena do početka osiguranja, obveza Osiguratelja počinje u 24.00 sata onoga dana kada je u cijelosti plaćena prva ugovorena premija.

4) Istek dopunskog osiguranja teških bolesti jednak je isteku osiguranja života, ali najkasnije u kalendarskoj godini kada osiguranik navršava 65 godina života.

5) Dopunsko osiguranje teških bolesti traje do nastupa osiguranog slučaja i isplate ugovorene svote, ali najduže do 00.00 sati onoga dana koji je na polici osiguranja naznačen kao istek dopunskog osiguranja.

6) Osigurateljeva obveza za dopunsko osiguranje teških bolesti u svakom slučaju prestaje istovremeno s prestankom obveze za osiguranje života po istoj polici iz bilo kojega razloga i nastupom potpune i trajne nesposobnosti za rad definirane Posebnim uvjetima osiguranja života.

7) Za cjenike s godišnjim plaćanjem premije Osigurateljeva obveza za dopunsko osiguranje teških bolesti u potpunosti prestaje s danom kapitalizacije ili s danom stavljanja ugovora o osiguranju života u mirovanje.

8) Dopunsko osiguranje prestaje i kod poništaja ugovora o osiguranju ili ovog dopunskog osiguranja, ukoliko se osiguratelj odluči koristiti ovim svojim pravom, a radi utvrđene namjerne netočne prijave ili prešućivanja podataka od strane ugovaratelja osiguranja sukladno Općim uvjetima osiguranja. Također, Dopunsko osiguranje prestaje kod raskida ugovora o osiguranju ili raskida ovog dopunskog osiguranja, ukoliko se osiguratelj odluči koristiti ovim svojim pravom, a radi utvrđene nenamjerne netočnosti ili nepotpunosti prijave od strane ugovaratelja osiguranja sukladno Općim uvjetima osiguranja.

V. Premija osiguranja

Članak 7.

1) Premija osiguranja utvrđena je cjenicima, ovisno o osiguranikovoju pristupnoj dobi, visini ugovorene svote i o trajanju osiguranja.

2) Kod osiguranja prema cjeniku za godišnje plaćanje premije, premija ovoga dopunskog osiguranja plaća se na isti način i istovremeno s premijom osiguranja života u skladu s Općim uvjetima osiguranja života.

Članak 8.

1) Premija osiguranja i ugovorene svote ugovaraju se u EUR-ima, a plaćaju u HRK.

Članak 9.

1) Ako se temeljem statističkih podataka utvrdi promjena broja oboljelih od neke od bolesti iz članka 2., stavka 2) ovih Dopunskih uvjeta, Osiguratelj može promijeniti premiju najranije protekom 5 godina trajanja pojedinog ugovora o osiguranju i nakon toga svakih 5 godina.

2) U slučaju iz prethodnoga stavka ovoga članka osiguratelj je obvezan o promjeni premije, odnosno promjeni ugovorene svote, preporučenim pismom obavijestiti ugovaratelja osiguranja najkasnije 60 (šezdeset) dana prije isteka osigurateljne godine. Ako ugovaratelj ne dostavi pisanu suglasnost na promjene na polici u roku 30 (trideset) dana od dana primitka pisane obavijesti, smatrat će se da nije suglasan s promjenom i dopunsko osiguranje prestaje istekom te osigurateljne godine, ali najkasnije istekom roka za koji je plaćena premija.

VI. Obveze ugovaratelja osiguranja

Članak 10.

1) Prilikom sklapanja ugovora, ugovaratelj osiguranja obvezan je prijaviti osiguratelju sve okolnosti relevantne za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

VII. Osigurateljeve obveze

Članak 11.

1) Osiguratelj je obvezan isplatiti ugovorenu svotu za slučaj nastanka teške bolesti ako je tijekom trajanja osiguranja nastupio osigurani slučaj sukladno članku 2. ovih Dopunskih uvjeta. Ugovorena svota se isplaćuje samo jednom.

VIII. Isključenje osigurateljeve obveze

Članak 12.

1) Osiguratelj nije u obvezi isplatiti ugovorenu svotu u slučajevima kada je osigurani slučaj nastao zbog:

- rata, neprijateljstva, ratnih operacija ili ratu sličnih radnja,
- građanskog rata, revolucije, pobune, ustanka, te građanskih nemira koji nastanu iz takvih događaja,
- postupaka bilo koje osobe koja djeluje samostalno ili u ime ili je u vezi sa skupinom ili organizacijom koja nasilnim radnjama kao što su terorizam, otmica ili pokušaja otmice, napad, uvreda ili bilo koja druga nasilna radnja, utječe na grupu ljudi, korporaciju ili vladu,
- djelovanja detonacije eksploziva, mina, torpeda, bomba ili pirotehničkih sredstava u okolnostima iz točaka a., b. i c. ovoga stavka,
- potresa ili drugih prirodnih katastrofa,

- f. neposrednih ili posrednih utjecaja nuklearnih rizika, atomske energije ili ionizirajućih zračenja,
 - g. izvršenja ili pokušaja izvršenja kaznenih djela od strane osiguranika,
 - h. liječenja, odnosno operacijskih zahvata koje osiguranik samoinicijativno poduzima, osim ako to nije medicinski prijeko potrebno,
 - i. dugotrajnih boravaka ili putovanja u klimatski nepovoljnim područjima, odnosno sudjelovanja na znanstvenim, vojnim ili drugim ekspedicijama,
 - j. profesionalnog bavljenja sportom u slučajevima kada se utvrdi da je isto bilo u uzročno posljedičnoj vezi s nastankom osiguranog slučaja,
 - k. bavljenja:
 - sportovima - utrka bilo kojeg tipa, ronjenjem, zračnim letovima (uključujući bungee jumping, zmajarstvo, balonarstvo, padobranstvo, padobranstvo - akrobatika) osim ako se radi o posadi ili putnicima pri komercijalnim letovima,
 - bilo kojom rizičnom aktivnošću ili sportom koji predstavljaju uvećani rizik prema Posebnim uvjetima za osiguranje uvećanih rizika osim ako nije drugačije ugovoreno,
 - l. osiguranikova upravljanja motornim vozilom bez propisane dozvole u trenutku nastupa nesretnog slučaja,
 - m. osiguranikova uživanja alkohola, droga ili drugih narkotičnih sredstava, uzimanja otrova ili zlorabe lijekova u slučajevima kada se utvrdi da je isto bilo u uzročno posljedičnoj vezi s nastankom osiguranog/nesretnog slučaja,
 - n. namjernog uzrokovanja bolesti ili izazivanja bolesti, namjernog narušavanja tjelesnih ili duševnih sposobnosti, namjernog samoranjavanja ili pokušaja samoubojstva,
 - o. zračenja energijom jačine najmanje 100 elektron volta, neutronima svake energije, laserskim i mikrovalnim zrakama ili umjetno stvorenim ultraljubičastim zrakama (osim u slučajevima ako je zračenje uslijedilo prema liječničkoj preporuci, od strane liječnika i pod liječničkim nadzorom),
 - p. neposrednog ili posrednog utjecaja AIDS-a ili HIV infekcije,
 - r. toga što osiguranik nije na vrijeme zatražio liječničku pomoć ili se nije pridržavao terapije koju je liječnik propisao.
- 2) Osiguratelj nije u obvezi isplatiti ugovorenu svotu za slučaj nastanka teške bolesti ako neka od bolesti definirane člankom 2. postane izlječiva koristeći medicinski tretman kao što je genetska manipulacija, cijepljenje, itd.

IX. Prava ugovaratelja osiguranja prije nastupa osiguranog slučaja

Članak 13.

- 1) Ugovaratelj osiguranja može najkasnije 30 (trideset) dana prije početka nove osigurateljne godine pisanim putem zatražiti promjene ugovorenih svota odnosno visine premije za ovo dopunsko osiguranje.
- 2) Pri izračunu premijskih podataka kod promjene ugovora iz stavka 1) ovog članka, Osiguratelj zadržava pravo na primjenu tehničkih parametara važećih u trenutku promjene po ugovoru o osiguranju, a koji su usklađeni s aktualnim statističkim podacima, uvjetima na financijskom tržištu i sl.

X. Prijava osiguranog slučaja

Članak 14.

- 1) Osobe koje polažu pravo na ugovorenu svotu obvezne su, kad nastupi osiguran slučaj, osiguratelju podnijeti pisanu prijavu u roku od 3 (tri) mjeseca od dana nastupanja.
- 2) Kod prijave podnose se sljedeći dokumenti:
 - a. prijava osiguranog slučaja na osigurateljnoj tiskanici,
 - b. izvornik police osiguranja života,
 - c. iscrpan opis nastanka osiguranog slučaja,
 - d. iscrpna i potpuna medicinska dokumentacija o uzroku, početku, vrsti i tijeku bolesti, kao i sva izvješća te nalazi liječnika i medicinske ustanove od kojih je osiguranik pregledan ili liječen, kao i onih kod kojih se trenutno liječi. Potrebno je, također, priložiti otpusna pisma i drugu medicinsku dokumentaciju iz bolnica, rehabilitacijskih klinika ili lječilišta u kojima su vršeni pregledi ili liječenje prije i tijekom bolesti.
- 3) Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu, kao i tražiti da se osiguranik na trošak osiguratelja pregleda kod liječnika kojeg ovlasti osiguratelj i napravi dodatne pretrage ili dijagnostičke postupke.
- 4) Dokumentacija iz točaka c. i d. stavka 2) podnosi se u izvorniku ili u ovjerenim preslikama. Troškove koji nastanu na temelju ovih odredaba snosi podnositelj prijave.
- 5) Osiguranik izričito i neopozivo ovlašćuje liječnike, bolnice i ostale medicinske ustanove kod kojih se liječio ili kod kojih će biti liječen, da osiguratelju na njegov zahtjev daju sve potrebne informacije i dokumentaciju o osiguraniku i njegovu

zdravstvenom stanju, a koji prema prosudbi osiguratelja imaju ili bi mogli imati, uzročno posljedičnu vezu s osiguranim slučajem.

6) Ako je potrebno, osiguranik se obvezuje pisanim putem ovlastiti osiguratelja za prikupljanje podataka iz prethodnoga stavka ovoga članka.

XI. Isplata ugovorene svote

Članak 15.

- 1) Kad se dogodi osigurani slučaj, osiguratelj je dužan isplatiti ugovorenu svotu 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) Ali ako je za utvrđivanje postojanja osigurateljve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, osiguratelj je dužan isplatiti ugovorenu svotu određenu ugovorom u roku od trideset dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.
- 3) Ako iznos osigurateljve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1) i 2) ovoga članka, Osiguratelj je dužan, bez odgađanja, isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.
- 4) Ugovorena svota isplaćuje se u kunama u protivvrijednosti EUR, obračunato po srednjem tečaju HNB na dan obračuna štete.

XII. Korisnik osiguranja

Članak 16.

- 1) Korisnik ovog osiguranja je sâm osiguranik.
- 2) Iznimno od prethodnoga stavka, ako smrt osiguranika nastupi nakon isteka 30 (trideset) dana od dana kada je dijagnosticirana bolest prema ovim Dopunskim uvjetima, a obavljene su sve pretrage koje potvrđuju nastanak osiguranog slučaja, osigurana svota isplatit će se osobi koja je navedena u polici osiguranja života kao korisnik za slučaj smrti.

XIII. Postupak vještačenja

Članak 17.

- 1) Ako osiguratelj i ugovaratelj, osiguranik ili korisnik nisu suglasni u pogledu vrste, uzroka ili posljedica osiguranog slučaja i u pogledu visine obveze osiguratelja, utvrđivanje spornih činjenica povjerit će se vještacima. Jednoga vještaka imenuje osiguratelj, a drugoga suprotna strana. Prije vještačenja imenovani vještaci određuju trećega vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su među njima sporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja.
- 2) Svaka strana plaća troškove vještaka kojega je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća polovicu troškova.
- 3) Postupak vještačenja provest će se u skladu s odredbama Općih uvjeta osiguranja života i posebnih uvjeta ovisno o tome uz koje je osnovno osiguranje ovo Dopunsko osiguranje ugovoreno.

XIV. Zastara

Članak 18.

- 1) Potraživanja iz ugovora o osiguranju za slučaj nastanka teške bolesti zastarijevaju prema odredbama mjerodavnog prava koje se primjenjuje na ugovor o osiguranju.

XV. Završne odredbe

Članak 19.

- 1) Za odnose između ugovornih strana te ostalih osoba kojih se tiče, a koji nisu određeni ovim Dopunskim uvjetima, primijenit će se odredbe Općih uvjeta osiguranja života i posebnih uvjeta ovisno o tome uz koje je osnovno osiguranje ovo Dopunsko osiguranje ugovoreno.

U primjeni od 16. prosinca 2019.

Dopunski uvjeti za osiguranje dnevne naknade za liječenje u bolnici uslijed bolesti

I. Uvodne odredbe

Članak 1.

1) Dopunski uvjeti za osiguranje dnevne naknade za liječenje u bolnici uslijed bolesti (u daljnjem tekstu: Dopunski uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju života s Dopunskim osiguranjem dnevne naknade za liječenje u bolnici uslijed bolesti uz osiguranje života sklopljenim s Allianz Hrvatska d.d. (u daljnjem tekstu Osiguratelj).

II. Početak i istek osiguranja

Članak 2.

- 1) Ako je Dopunsko osiguranje sklopljeno istovremeno s osiguranjem života, uvjeti početka i prestanka osigurateljeve obveze su regulirani Općim uvjetima osiguranja života.
- 2) Ako je Dopunsko osiguranje sklopljeno poslije početka osiguranja života, osigurateljeva obveza počinje u 00.00 sati dana koji je na polici označen kao početak Dopunskog osiguranja ako je dotad plaćena prva premija. Početak Dopunskog osiguranja može biti različit od početka osiguranja života.
- 3) Ako prva premija nije plaćena do početka Dopunskog osiguranja, obveza Osiguratelja počinje u 24.00 sata onoga dana kada je u cijelosti plaćena prva ugovorena premija.
- 4) Obveza Osiguratelja za Dopunsko osiguranje prestaje:
 1. u 00.00 sati dana koji je u polici osiguranja utvrđen kao istek ugovora o osiguranju,
 2. u 24.00 sata na dan kada Osiguratelj primi zahtjev ugovaratelja osiguranja za prestanak Dopunskog osiguranja, odnosno u 24.00 sata onoga dana do kojeg je plaćena premija za Dopunsko osiguranje,
 3. istovremeno s prestankom obveze za osiguranje života po istoj polici iz bilo kojeg razloga,
 4. kada osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti,
 5. kada nastane potpuna i trajna nesposobnost za rad definirana Posebnim uvjetima osiguranja života
 6. s nastupom osiguranog slučaja i isplatom ugovorene svote po Dopunskom osiguranju teških bolesti reguliranom Dopunskim uvjetima osiguranja za slučaj nastanka teške bolesti, ukoliko je isto ugovoreno na istoj polici osiguranja,
 7. s danom kapitalizacije ugovora o osiguranju života,
 8. s danom stavljanja ugovora o osiguranju života u mirovanje.

III. Premija osiguranja

Članak 3.

- 1) Premija Dopunskog osiguranja utvrđena je cjenikom, ovisno o osiguranikovoj pristupnoj dobi, visini dnevne naknade i trajanju osiguranja.
- 2) Pristupna dob je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika. Donja i gornja granica pristupne dobi utvrđena je cjenikom osiguranja.
- 3) Premija ovoga Dopunskog osiguranja plaća se u istoj valuti, na isti način i istovremeno s premijom osiguranja života u skladu s Općim uvjetima osiguranja života.
- 4) Osiguratelj ima pravo na premiju osiguranja po Dopunskom osiguranju za osigurateljnu godinu u kojoj je nastupio osiguranik slučaj.
- 5) Osiguratelj ima pravo pri isplati po osnovu Dopunskog osiguranja, odbiti dužnu premiju po polici od iznosa koji se isplaćuje.

Članak 4.

- 1) Ukoliko dođe do porasta broja liječenja u bolnici uslijed bolesti u odnosu na pretpostavku koja je korištena u tehničkim osnovicama cjenika i prema njima zaračunatoj premiji, Osiguratelj može povećati premiju osiguranja.
- 2) U slučaju iz prethodnoga stavka ovog članka Osiguratelj je obavezan o promjeni premije, preporučanim pismom obavijestiti ugovaratelja osiguranja najkasnije 60 (šezdeset) dana prije isteka osigurateljne godine. Ako ugovaratelj ne dostavi pisanu suglasnost na promjenu na polici u roku

30 (trideset) dana od dana primitka pisane obavijesti, smatrat će se da nije suglasan s promjenom i Dopunsko osiguranje prestaje istekom te osigurateljne godine, ali najkasnije istekom roka za koji je plaćena premija.

IV. Obveze ugovaratelja osiguranja

Članak 5.

1) Prilikom sklapanja ugovora, ugovaratelj osiguranja obavezan je prijaviti Osiguratelju sve okolnosti relevantne za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

V. Obveze osiguratelja

Članak 6.

- 1) Ugovorom o osiguranju utvrđuje se dnevna naknada koju je Osiguratelj u obvezi isplatiti korisniku osiguranja ukoliko je osiguranik liječen u bolnici uslijed bolesti pod uvjetom da je ovlaštenu liječniku utvrdio bolest te uputio osiguranika na liječenje i da je liječenje započelo tijekom trajanja osiguranja uzimajući u obzir početak osigurateljeve obveze koja je definirana stavkom 4) ovog članka.
- 2) Osiguranje uključuje isplatu dnevne naknade za liječenje u bolnici uslijed bolesti u Hrvatskoj ili u inozemstvu. Liječenje u inozemstvu smatra se, u smislu ovih Dopunskih uvjeta, liječenje koje nije moglo biti provedeno u Hrvatskoj te je osiguranik upućen na liječenje u inozemstvo od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu HZZO) ili je bolest nastupila tijekom osiguranikova boravka u inozemstvu i osiguranik je zadržan na liječenju.
- 3) Osiguratelj ima obvezu isplate dnevne naknade za liječenja koja traju duže od 3 (tri) dana. U tom slučaju će Osiguratelj isplatiti dnevnu naknadu u ugovorenom iznosu za sve dane, od prvog pa do posljednjeg dana liječenja u bolnici, ali najviše do 90 dana tijekom jedne osigurateljne godine za liječenje u Hrvatskoj odnosno do 30 dana tijekom jedne osigurateljne godine za liječenje u inozemstvu. Danom liječenja u bolnici, u smislu ovih Dopunskih uvjeta, smatra se noć provedena u bolnici.
- 4) Osigurateljeva obveza po Dopunskom osiguranju počinje 3 (tri) mjeseca od dana početka osiguranja utvrđenog ugovorom o osiguranju. Iznimno, za liječenje u bolnici uslijed trudnoće, pobačaja, pretraga i oboljenja vezanih za trudnoću i njihovih posljedica kao i za porod, osigurateljeva obveza počinje po proteku 9 mjeseci od dana početka osiguranja utvrđenog ugovorom o osiguranju za trudnoće započele prije početka osiguranja. Za trudnoće koje su započele nakon početka osiguranja i kod kojih je predviđeni termin poroda, utvrđen od strane ovlaštenog liječnika, najmanje 9 (devet) mjeseci od dana početka osiguranja, osigurateljeva obveza počinje već nakon isteka roka od 3 mjeseca od dana početka osiguranja.
- 5) Ako je boravak u bolnici produljen iz bilo kojega razloga, Osiguratelj je obavezan isplatiti dnevnu naknadu samo za vrijeme liječenja u bolnici u okolnostima koje nisu isključene prema članku 7. i 8. ovih Dopunskih uvjeta.
- 6) Osiguratelj ima obvezu isplate dnevne naknade za liječenje u bolnici na temelju nastupa osiguranog slučaja po osnovi ugovorenog Dopunskog osiguranja teških bolesti. Dnevna naknada se isplaćuje za boravak u bolnici temeljem prvog dijagnostičiranog osiguranog slučaja teških bolesti.

VI. Isključenje i ograničenje osigurateljeve obveze

Članak 7.

- 1) Prema ovim Dopunskim uvjetima mogu se osigurati samo potpuno zdrave osobe.
- 2) Osiguratelj može odrediti da privremeno, u određenom periodu, ne prihvaća obvezu po Dopunskom osiguranju, a ima i pravo trajno ne prihvatiti obvezu po Dopunskom osiguranju ukoliko osiguranik boluje od neke bolesti koju predstavlja povećani rizik za Osiguratelja.

Članak 8.

1) Isključene su, ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz ugovora o osiguranju, u cijelosti sve osigurateljeve obveze za boravak u bolnici uslijed liječenja:

- a. duševno bolesnih osoba i osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti,
 - b. epidemija zaraznih bolesti,
 - c. bolesti AIDS-a,
 - d. epilepsije ili njenih posljedica,
 - e. operativnih zahvata kozmetičke i plastično kirurške prirode,
 - f. zubi,
 - g. urođenih ili stečenih mana ili bolesti koje su posljedica urođenih ili stečenih mana,
 - h. seksualnih disfunkcija osim liječenja uslijed umjetne oplodnje,
 - i. ovisnosti od alkohola ili narkotičkih sredstava ili liječenja od bolesti koja su posljedica konzumiranja alkohola ili narkotičkih sredstava,
 - j. posljedica pokušaja ili izvršenja samoubojstva,
 - k. namjerno uzrokovane bolesti, samoranjanja ili pokušaja samoubojstva,
 - l. posljedica posrednog ili neposrednog utjecaja ionizirajućih zraka ili atomske energije (zračenja), osim ako je zračenje bilo propisano od strane liječnika u svrhu liječenja pod liječničkim nadzorom,
 - m. posljedica aktivnog sudjelovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoobrane.
- 2) Isključene su, ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, u cijelosti sve osigurateljve obveze za liječenja koja se provode u:
- a. ustanovama za neizlječive kronične bolesti,
 - b. domovima i ustanovama za oporavak i rehabilitaciju,
 - c. lječilištima i toplicama,
 - d. ustanovama za liječenje i njegu psihičkih bolesnika i umno poremećenih osoba,
 - e. ustanovama ili bolnicama za liječenje ovisnosti od alkohola, narkotika i drugih ovisnosti,
 - f. formi dnevne bolnice i
 - g. ostalim oblicima liječenja izvan bolnice.
- 3) Boravak u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju smatra se boravkom u bolnici i Osiguratelj je u obvezi isplate dnevne naknade prema ovim Dopunskim uvjetima, samo ukoliko je boravak u istima odobren od strane HZZO-a i troškovi boravka u bolnici pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem.
- 4) Isključene su, ako nije drugačije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, u cijelosti sve osigurateljve obveze ukoliko se liječenje provodi u okolnostima:
- a. rata, neprijateljstva, ratnih operacija ili ratu sličnih radnja,
 - b. građanskog rata, revolucije, pobune, ustanka, te građanskih nemira i pobuna koji nastanu iz takvih događaja ili terorističkog akta ili
 - c. potresa ili drugih prirodnih katastrofa.
- 5) Dopunsko osiguranje ništavno je ako je u trenutku njegova sklapanja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju, ili je bilo sigurno da će nastupiti, a uplaćena premija vraća se ugovaratelju umanjena za osigurateljve troškove.

VII. Pravo naknade

Članak 9.

- 1) Ako je Osiguratelj isplatio ugovorenu naknadu prema ugovoru o osiguranju, ne može ni po kojoj osnovi imati pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastup osiguranog slučaja.
- 2) Pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastup osiguranog slučaja pripada osiguraniiku, odnosno korisniku osiguranja neovisno o njegovu pravu na isplatu naknade prema ovim Dopunskim uvjetima.

VIII. Prava ugovaratelja osiguranja prije nastupa osiguranog slučaja

Članak 10.

- 1) Ugovaratelj osiguranja može najkasnije 30 (trideset) dana prije početka nove osigurateljne godine pisanim putem zatražiti promjenu visine naknade Dopunskog osiguranja.

IX. Prijava osiguranog slučaja

Članak 11.

- 1) Ako je osigurani boravio u bolnici zbog liječenja uslijed bolesti, obvezan je o tome podnijeti izvornik otpusnog pisma ili izvornik potvrde na memorandumu bolnice u kojoj se liječio. Ukoliko je osigurani maloljetan, isto je obavezan učiniti njegov zakonski zastupnik. Otpusno pismo ili potvrda mora sadržavati žig i potpis liječnika, ime i prezime osiguranika, godinu rođenja osiguranika, matični broj pod kojim je osiguranik zaveden u bolnici, liječnički nalaz s potpunom dijagnozom, točne podatke kada je i zbog čega započeto liječenje, dan prijama u bolnicu te dan otpuštanja iz bolnice.
- 2) Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu.

X. Isplata ugovorene svote

Članak 12.

- 1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti ugovorenu svotu/naknadu određenu ugovorom o osiguranju u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od četrnaest dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.
- 2) Ali ako je za utvrđivanje postojanja osigurateljve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti ugovorenu svotu/naknadu određenu ugovorom u roku od trideset dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.
- 3) Ako iznos osigurateljve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1) i 2) ovoga članka, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.

Članak 13.

- 1) Ugovorenu svotu/naknadu isplaćuje se u skladu s člankom 6. ovih Dopunskih uvjeta u kunskoj protuvrijednosti EUR prema srednjem tečaju HNB na dan obračuna isplate.

XI. Korisnik osiguranja

Članak 14.

- 1) Korisnik po ovom Dopunskom osiguranju je sâm osigurani, ako nije drugačije ugovoreno.
- 2) Ako prije isplate po Dopunskom osiguranju osigurani umre, isplata će se obaviti osiguraniikovim zakonskim nasljednicima, odnosno korisniku po ovom Dopunskom osiguranju ako osigurani nije ujedno i korisnik osiguranja.

XII. Postupak vještačenja

Članak 15.

- 1) Ako Osiguratelj i ugovaratelj, osigurani ili korisnik nisu suglasni u pogledu vrste, uzroka ili posljedica osiguranog slučaja i u pogledu visine obveze Osiguratelja, utvrđivanje spornih činjenica povjerit će se vještacima. Jednoga vještaka imenuje Osiguratelj, a drugoga suprotna strana. Prije vještačenja imenovani vještaci određuju trećega vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su među njima sporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja.
- 2) Svaka strana plaća troškove vještaka kojega je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća polovicu troškova.
- 3) Postupak vještačenja provest će se u skladu s odredbama Općih uvjeta osiguranja života i posebnih uvjeta ovisno o tome uz koje je osnovno osiguranje ovo Dopunsko osiguranje ugovoreno.

XIII. Zastara

Članak 16.

- 1) Potraživanja iz ugovora o osiguranju života zastarijevaju prema odredbama mjerodavnog prava koje se primjenjuje na ugovor o osiguranju.

XIV. Završne odredbe

Članak 17.

- 1) Za odnose između ugovornih strana kojih se tiče, a koji nisu regulirani ovim Dopunskim uvjetima, primjenjivat će se odredbe Općih uvjeta osiguranja života i posebnih uvjeta ovisno o tome uz koje je osnovno osiguranje ovo Dopunsko osiguranje ugovoreno.

U primjeni od 16. prosinca 2019.

Dopunski uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) s DNK analizom „NutriFit“

I. Uvodne odredbe

Članak 1.

- 1) Dopunski uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) s DNK analizom (u daljnjem tekstu: Dopunski uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju života s Dopunskim osiguranjem osoba od posljedica nesretnog slučaja s DNK analizom (u daljnjem tekstu: Dopunsko osiguranje) sklopljenim s Allianz Hrvatska d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).
- 2) DNK analizu provodi tvrtka genEplanet d.o.o. (u daljnjem tekstu: GenePlanet) sa sjedištem u Ljubljani, adresa: Tehnološki park Ljubljana, Tehnološki park 24, 1000 Ljubljana, Republika Slovenija.
- 3) Dopunskim uvjetima ugovara se osiguranje za slučaj:
 - a. smrti uslijed nesretnog slučaja (nezgode),
 - b. prijeloma kosti kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode).

II. Početak i istek osiguranja

Članak 2.

- 1) Ako je Dopunsko osiguranje sklopljeno istovremeno s osiguranjem života obveza Osiguratelja definirana je Općim uvjetima osiguranja života.
- 2) Ako je Dopunsko osiguranje obnovljeno zajedno s osiguranjem života obveza Osiguratelja definirana je Posebnim uvjetima osiguranja života za slučaj smrti i doživljenja.
- 3) Ako je Dopunsko osiguranje sklopljeno poslije početka osiguranja života, osigurateljeva obveza počinje u 00.00 sati dana koji je na polici označen kao početak Dopunskog osiguranja ako je dotad plaćena prva premija. Početak Dopunskog osiguranja može biti različit od osiguranja života.
- 4) Ako prva premija nije plaćena do početka Dopunskog osiguranja, obveza Osiguratelja počinje u 24.00 sata onoga dana kada je u cijelosti plaćena prva ugovorena premija.
- 5) Obveza Osiguratelja za Dopunsko osiguranje prestaje:
 - a. u 00.00 sati dana koji je u polici osiguranja utvrđen kao istek ugovora o osiguranju,
 - b. u 24.00 sata na dan kada Osiguratelj primi zahtjev ugovaratelja osiguranja za prestanak Dopunskog osiguranja, odnosno u 24.00 sata onoga dana do kojeg je plaćena premija za Dopunsko osiguranje,
 - c. istovremeno s prestankom obveze za osiguranje života po istoj polici iz bilo kojeg razloga,
 - d. kada osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti,
 - e. kada nastupi osiguranikova smrt,
 - f. kada nastupi potpuna i trajna nesposobnost za rad definirana Posebnim uvjetima osiguranja života
 - g. s danom kapitalizacije ugovora o osiguranju života,
 - h. s danom stavljanja u mirovanje ugovora o osiguranju života.

III. Premija osiguranja

Članak 3.

- 1) Premija ovog Dopunskog osiguranja plaća se u istoj valuti, na isti način i istovremeno s premijom osiguranja života u skladu s Općim uvjetima osiguranja života.
- 2) Kod obnove ugovora o osiguranju života, Osiguratelju ne pripada premija Dopunskog osiguranja za vrijeme za koje ono nije bilo na snazi.
- 3) Osiguratelj ima pravo kod isplate ugovorene svote za prijelom kostiju ili ugovorene svote za smrt uslijed nezgode odbiti od iznosa ugovorene svote svu dotad dospjelu neplaćenu premiju po polici.
- 4) U slučaju smrti osiguranika zbog nesretnog slučaja, Osiguratelj ima pravo na premiju Dopunskog osiguranja za osigurateljnu godinu u kojoj je smrt nastupila. Pri isplati ugovorene svote za slučaj smrti, Osiguratelj ima pravo umanjiti iznos ugovorene svote za godišnju premiju za osigurateljnu godinu u kojoj je nastupila osiguranikova smrt.

Članak 4.

- 1) Ako se temeljem statističkih podataka utvrdi promjena broja smrtnih ishoda ili prijeloma kosti kao posljedice nesretnog slučaja, Osiguratelj može promijeniti premiju po postojećim ugovorima o osiguranju i to najranije protekom 5 (pet) godina trajanja pojedinog ugovora o osiguranju i nakon toga svakih 5 (pet) godina.
- 2) U slučaju iz prethodnog stavka ovoga članka, Osiguratelj je dužan o promjeni premije preporučenim pismom obavijestiti ugovaratelja osiguranja najkasnije 60 (šezdeset) dana prije isteka osigurateljne godine. Ako ugovaratelj ne dostavi pisanu suglasnost na predloženu promjenu premije u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka pisane obavijesti, smatrat će se da nije suglasan s promjenom i Dopunsko osiguranje prestaje istekom te osigurateljne godine, ali najkasnije istekom roka za koji je plaćena premija.

IV. Pojam nesretnog slučaja

Članak 5.

- 1) Nesretnim slučajem se u smislu ovih Dopunskih uvjeta smatra svaki iznenadni i o osiguranikovo volji neovisan događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na osiguranikovo tijelo, ima za posljedicu njegovu smrt i/ili prijelom kosti.
- 2) U smislu prethodnog stavka nesretnim se slučajem smatraju sljedeći događaji: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem, ubod ili ugriz životinje i ubod insekta, osim ako je takvim ubodom prouzročena kakva infektivna bolest.
- 3) Pod nesretnim slučajem smatra se i sljedeće:
 - a. trovanje kemijskim sredstvima zbog osiguranikova neznanja, osim profesionalnih bolesti,
 - b. infekcija ozljede uzrokovane nesretnim slučajem,
 - c. trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti,
 - d. opekline vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.,
 - e. davljenje i utapanje,
 - f. gušenje i ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl.),
 - g. istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastane zbog naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima, ako to nakon ozljede utvrdi odgovarajući liječnik specijalista,
 - h. posljedice dugotrajnog djelovanja sunčanih zraka, visoke ili niske temperature ako im je osiguranik bio izložen neposredno zbog jednog nesretnog slučaja nastalog prije toga ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti, ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog života,
 - i. djelovanje rendgenskih ili radioaktivnih zraka ako nastupe naglo ili iznenada, osim profesionalnih bolesti.
- 4) Ne smatraju se nesretnim slučajem u smislu ovih Dopunskih uvjeta:
 - a. zarazne, profesionalne i ostale bolesti, urođene i stečene bolesti i/ili deformacije kao niti posljedice psihičkih bolesti,
 - b. trbušne kile, preponske kile, pupčane i ostale kile,
 - c. infekcije i bolesti koje nastanu zbog raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože,
 - d. anafilaktički šok uključujući i anafilaktičku reakciju na ugriz životinje ili ubod insekta, osim ako:
 - a. anafilaktički šok nastupi pri liječenju zbog nastaloga nesretnog slučaja ili
 - b. anafilaktička reakcija nastupi uslijed ugriza životinje ili uboda insekta, a da osiguranik prvotno nije znao za postojanje alergije,
 - e. hernia disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, kockigodinija, ishialgija i miofascitis, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko-križne regije označene analognim terminima,
 - f. odljepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili

- degenerativno promijenjenog oka, a iznimno se priznaje odljepljenje mrežnice prethodno zdravog oka ako postoje znakovi izravne vanjske ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi,
- g. posljedice koje nastanu zbog delirium tremensa i djelovanja droga,
- h. posljedice medicinskih, posebice operativnih zahvata koji se poduzimaju radi liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako su te posljedice nastupile zbog dokazane pogreške medicinskog osoblja (vitium artis); pogreška medicinskog osoblja dokazuje se pravomoćnim Rješenjem nadležnog suda,
- i. patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize,
- j. sustavne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti,
- k. nesretni slučajevi koje uzrokuje srčana kljenut (infarkt) (srčana se kljenut (infarkt) ni u kojem slučaju ne smatra posljedicom nesretnog slučaja),
- l. nesretni slučajevi zbog udara moždane kapi, poremećaja uma ili svijesti, osim ako su i ti utjecaji neposredno uzrokovani nesretnim slučajem koji se može svesti u okviru nesretnog slučaja koji Osiguratelj prihvaća.

V. Obveze osiguratelja

Članak 6.

1) Kada, tijekom trajanja osiguranja, nastane nesretni slučaj u smislu ovih Dopunskih uvjeta, Osiguratelj isplaćuje ugovorenu svotu definiranu ugovorom o osiguranju i to:

- ugovorenu svotu za slučaj smrti ukoliko je smrt osiguranika nastupila kao posljedica nesretnog slučaja odnosno,
- ugovorenu svotu za prijelom kosti ukoliko je prijelom kosti osiguranika nastupio kao posljedica nesretnog slučaja.

2) Visina pokrivača ugovorena svota za slučaj smrti i ugovorena svota za prijelom kosti se mijenja ovisno u kojoj osigurateljnoj godini (računajući od datuma početka Dopunskog osiguranja) je nastupio osigurani slučaj, sukladno tablici:

Osigurani slučaj	Osigurani slučaj nastupio u osigurateljnoj godini:				
	do 10.	od 11. do 15.	od 16. do 20.	od 21. do 25.	od 26. do 30.
smrt uslijed nezgode/ prijelom kosti uslijed nezgode	100% ugovorene svote	110% ugovorene svote	120% ugovorene svote	130% ugovorene svote	140% ugovorene svote

3) Ukoliko je smrt osiguranika nastupila nakon isteka osiguranja, ali kao posljedica nesretnog slučaja koji se dogodio tijekom trajanja osiguranja, Osiguratelj je u obvezi isplatiti ugovorenu svotu za slučaj smrti u visini kao da je smrt nastupila u zadnjoj osigurateljnoj godini.

4) Osigurani ima pravo korištenja usluge provođenja „NutriFit“ DNK analize. Ova analiza na temelju uzorka sline daje uvid u tjelesne funkcionalnosti pojedinca kao što je individualna sposobnost organizma za probavu masti i ugljikohidrata, potrebe za vitaminima i mineralima, individualne mogućnosti metabolizma kofeina, alkohola i laktoze, itd. te sukladno tome preporučene načine prehrane i rekreacije što je obuhvaćeno posebnim pisanim izvješćem. DNK analizu provodi tvrtka GenePlanet, a Osiguratelj niti s njome povezane pravne osobe nisu, niti neće biti u doticaju sa uzorkom za analizu, a neće mu niti biti dostupni rezultati DNK analize.

5) Pravo na korištenje DNK analize definirane u prethodnom stavku, osiguranik može iskoristiti jednom tijekom trajanja osiguranja pod uvjetom da je prva godišnja premija plaćena u cijelosti.

Najkasnije 30 (trideset) dana nakon što bude plaćena prva godišnja premija, osiguranik će zaprimiti pribor i upute za pohranu uzorka sline te upute za daljnje postupanje s uzorkom, a u svrhu provođenja DNK analize.

Pravo na korištenje DNK analize, osiguranik može iskoristiti u vremenskom roku od 12 (dvanaest) mjeseci od dana plaćanja prve godišnje premije u cijelosti.

VI. Sposobnost za osiguranje

Članak 7.

1) Prema ovim Dopunskim uvjetima mogu se osigurati samo potpuno zdrave osobe. Osobe koje nisu potpuno zdrave mogu se osigurati prema Posebnim uvjetima za uvećane rizike.

2) Donja i gornja granica pristupne dobi utvrđuju se cjenicima osiguranja. Pristupna dob je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika.

3) Osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti ne mogu ugovoriti ovo Dopunsko osiguranje.

4) Ako se u razdoblju od podnošenja ponude do sklapanja ugovora o osiguranju povećaju opasnosti koje utječu na visinu rizika, kao što su oboljenja, ozljede osiguranika, bavljenje sportom ili promjena zanimanja, osiguranik, odnosno

ugovaratelj osiguranja, obavezan je o tome odmah nakon spoznaje pisanim putem izvijestiti Osiguratelja.

VII. Isključenje i ograničenje osigurateljve obveze

Članak 8.

1) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija, ugovorena svota za slučaj smrti i ugovorena svota za prijelom kosti smanjuje se u razmjeru između premije koju je trebalo platiti i stvarno plaćene premije kad nesretni slučaj nastane:

- pri upravljanju i vožnji zrakoplovima i zračnim uređajima svih vrsta osim u svojstvu putnika u javnom prometu i pri skokovima padobranom,
- pri treningu i sudjelovanju osiguranika u sportovima koji su navedeni u Tablici rizičnih zanimanja i sportova i za koje je određena uvećana premija,
- pri obavljanju zanimanja koja su navedena u Tablici rizičnih zanimanja i sportova i za koje je određena uvećana premija te
- kod osiguranika koji zbog toga što imaju trajni gubitak opće radne sposobnosti (invaliditet), a prema Posebnim uvjetima za osiguranje uvećanih rizika, trebaju platiti doplatnu premiju.

Članak 9.

1) Isključene su, ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, u cijelosti sve osigurateljve obveze ako je nesretni slučaj nastao uslijed:

- potresa ili drugih prirodnih katastrofa,
- rata, neprijateljstava, ratnih operacija ili ratu sličnih radnja,
- građanskog rata, revolucije, pobune, ustanka, te građanskih nemira koji nastanu iz takvih događaja ili terorističkog akta,
- djelovanja detonacije eksploziva, mina, torpeda, bombi ili pirotehničkih sredstava u okolnostima iz točaka b. i c. ovoga stavka i u mirnodobnom razdoblju kao posljedica nesavjesnog postupanja s istim,
- ratnih događaja i oružanih sukoba bilo koje vrste izvan granica naše države, osim ako se nesretni slučaj dogodi u roku od 14 (četnaest) dana od prvog nastupa takvih događaja u zemlji u kojoj osiguranik boravi pa su ga tamo ti događaji iznenadili, uz uvjet da osiguranik nije sudjelovao u tim događajima ili sukobima,
- upravljanja zračnim uređajima svih vrsta, plovilima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlaštenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom zračnog uređaja, plovila, motornog i drugog vozila; smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu kada radi pripreme i polaganja ispita za dobivanje službene isprave, vozi uz neposredni nadzor službeno ovlaštenoga stručnog instruktora,
- pokušaja ili izvršenja samoubojstva,
- namjernog uzrokovanja nesretnog slučaja od strane ugovaratelja osiguranja, osiguranika ili korisnika,
- pripreme, pokušaja ili izvršenja kaznenog djela s umišljajem te pri bijegu nakon takve radnje,
- djelovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika:
 - koji postupi protivno pozitivnim zakonskim propisima bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe za nastanak nesretnog slučaja,
 - te u drugim slučajevima kada se utvrdi da je djelovanje alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika bilo u uzročno posljedičnoj vezi s nastankom nesretnog slučaja;
- smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola:
 - ako je u vrijeme nastanka nesretnog slučaja koncentracija alkohola u organizmu bila viša od 0,50 g/kg pri upravljanju prometnim sredstvom, a u ostalim slučajevima viša od 0,80 g/kg,
 - ako se nakon prometne nezgode osiguranik odbije podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti i ako se udalji s mjesta prometne nezgode prije dolaska policije, odnosno ako nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku postaju o prometnoj nezgodi, ili ako na drugi način izbjegne alkotestiranje,
 - ako se osiguranik odbije podvrgnuti vađenju krvi i urina radi analize na alkohol (bez obzira na napravljen alkotest) ili se odbije testirati na narkotike,
- posrednog ili neposrednog utjecaja ionizirajućih zraka ili atomske energije (zračenja), osim ako je zračenje bilo propisano od strane liječnika u svrhu liječenja pod liječničkim nadzorom,
- aktivnog sudjelovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoobrane,
- pripreme, pokušaja ili izvršenja kaznenog djela s umišljajem i pri bijegu nakon takve radnje,
- obavljanja zanimanja demontera mina, granata i drugih eksplozivnih naprava te pirotehničara,
- korištenja motornih vozila svih vrsta prilikom pokušaja postavljanja

rekorda i sudjelovanja na vozačkim priredbama na kojima se nastoji postići najveća brzina, na trening vožnjama za te priredbe te na vožnjama po stazama namijenjenim takvim utrkama /priredbama izvan termina službenog održavanja istih ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija,

p. skokova padobranom, bungee jumpinga ili base jumpinga, r. sudjelovanja u ekspedicijama.

2) Isključene su, ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, osigurateljeve obveze za slučaj nastupa prijeloma kosti ako je:

a. prijelom kosti nastao uslijed bolesnih stanja vezanih uz čvrstoću i građu kostiju (tzv. patološki prijelom),

b. prijelom kosti nastao na istom dijelu tijela kao i prethodni prijelom unutar perioda od 6 mjeseci i dokazano je da su međusobno povezani (tzv. refraktura),

c. nastupila infrakcija kosti i prijelom nije potvrđen ili je isti dodatnom obradom naknadno isključen.

3) Isključene su, ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, osigurateljeve obveze za slučaj nastupa prijeloma kosti kod profesionalnih sportaša ukoliko je prijelom kosti nastupio uslijed nesretnog slučaja za vrijeme bavljenja tim sportom.

4) Ugovor o osiguranju ništetan je ako je u trenutku njegova sklapanja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju ili je bilo sigurno da će nastupiti, a uplaćena premija vraća se ugovaratelju umanjena za osigurateljeve troškove.

VIII. Pravo naknade

Članak 10.

1) Ako je Osiguratelj isplatio ugovorenu svotu ne može ni po kojoj osnovi imati pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastup osiguranog slučaja.

2) Pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastup osiguranog slučaja pripada osiguraniku, odnosno korisniku neovisno o njegovu pravu na ugovorenu svotu prema ovim uvjetima.

IX. Prijava nesretnog slučaja

Članak 11.

1) Osiguranik koji je zbog nesretnog slučaja ozlijeđen, obavezan je:

a. odmah se prijaviti liječniku, odnosno pozvati liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i odmah poduzeti sve potrebne mjere radi liječenja i držati se liječničkih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja,

b. nesretni slučaj koji je za posljedicu imao lom kostiju, pisanim putem, na tiskanici Osiguratelja, prijaviti Osiguratelju,

c. u prijavi o nesretnom slučaju koji je za posljedicu imao lom kostiju pružiti Osiguratelju sva potrebna izvješća i podatke, posebice o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime liječnika koji ga je pregledao i uputio na liječenje, ili koji ga liječi, liječnički nalaz o vrsti i težini tjelesne ozljede, o nastalim eventualnim posljedicama te podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima koje je osiguranik eventualno imao prije nastanka nesretnog slučaja.

2) Ako je nesretni slučaj imao za posljedicu osiguranikovu smrt, korisnik osiguranja obavezan je o tome pisanim putem, na tiskanici Osiguratelja, izvijestiti Osiguratelja, dostaviti policu osiguranja i dokaz da je smrt nastupila kao posljedica nesretnog slučaja (medicinsku i ostalu dokumentaciju).

3) Troškovi za liječnički pregled i izvješća (početno i zaključno liječničko izvješće, ponovni liječnički pregled i nalaz specijalista) te ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje okolnosti nastanka nesretnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnositelja zahtjeva.

4) Osiguratelj je ovlašten i ima pravo od osiguranika, ugovaratelja, korisnika, zdravstvene ustanove ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe tražiti naknadna objašnjenja i dokaze te na svoj trošak poduzimati radnje u svrhu liječničkog pregleda osiguranika od svojih liječnika ili liječničkih komisija, u cilju utvrđivanja važnih okolnosti o prijavljenom nesretnom slučaju.

5) Ako ugovaratelj, osiguranik ili korisnik ne prijavi nesretni slučaj Osiguratelju, niti dostavi cjelokupnu medicinsku i ostalu dokumentaciju, već odmah pokrene sudski spor protiv Osiguratelja, takva se tužba smatra preuranjenom.

X. Utvrđivanje korisnikovih prava

Članak 12.

1) Ako je zbog nesretnog slučaja osiguranik umro, korisnik je obavezan podnijeti prijavu na tiskanici Osiguratelja, policu i dokaz da je smrt nastupila kao posljedica nesretnog slučaja (medicinsku i ostalu dokumentaciju).

2) Korisnik koji nije ugovorom o osiguranju izričito ili imenom predviđen, obavezan je podnijeti i dokaz o svom pravu na primanje ugovorene svote.

3) Ako je nesretni slučaj imao za posljedicu prijelom kosti, osiguranik je obavezan podnijeti: prijavu na tiskanici Osiguratelja, policu, dokaz o okolnostima nastanka nesretnog slučaja i medicinsku dokumentaciju (uz RTG snimke).

XI. Isplata ugovorene svote

Članak 13.

1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti ugovorenu svotu određenu ugovorom o osiguranju, u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od 14 (četrnaest) dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio. Isplata se obavlja prema srednjem tečaju HNB-a na dan obračuna.

2) Ako je za utvrđivanje postojanja osigurateljeve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti ugovorenu svotu određenu ugovorom o osiguranju odnosno njezin odgovarajući dio u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.

3) Ako iznos osigurateljeve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1) i 2) ovoga članka, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.

4) Osiguratelj je obavezan isplatiti ugovorenu svotu samo ako je nesretni slučaj koji je za posljedicu imao smrt ili prijelom kosti nastupio za vrijeme trajanja osiguranja.

5) Ukoliko nesretni slučaj ima za posljedicu prijelom kosti, Osiguratelj će isplatiti ugovorenu svotu za prijelom kosti u jednom iznosu po štetnom događaju neovisno o broju slomljenih kostiju i pod uvjetom da istovremeno nije nastupila smrt osiguranika. Ukoliko je istovremeno nastupila i smrt osiguranika, korisniku osiguranja za slučaj smrti isplatit će se ugovorena svota za slučaj smrti.

6) Ako, kao daljnja posljedica nesretnog slučaja, nastupi osiguranikova smrt, Osiguratelj isplaćuje korisniku osiguranja za slučaj smrti, iznos ugovorene svote za slučaj smrti bez obzira na isplaćenu ugovorenu svotu za prijelom kosti kao posljedice nesretnog slučaja.

XII. Korisnik osiguranja

Članak 14.

1) Korisnik za slučaj osiguranikove smrti utvrđuje se policom osiguranja.

2) Ako korisnik nije određen na način iz prethodnog stavka, korisnici se utvrđuju na temelju Općih uvjeta osiguranja života.

3) Korisnik za slučaj isplate ugovorene svote za prijelom kosti uslijed nezgode je sâm osiguranik ako nije drukčije ugovoreno.

4) Ako prije isplate na ime ugovorene svote za prijelom kosti uslijed nesretnog slučaja (nezgode), ali nakon što je zahtjev za isplatu podnesen, osiguranik umre, isplata će se izvršiti narednom korisniku osiguranja ukoliko je isti određen. Ukoliko naredni korisnik osiguranja nije određen, isplata će se izvršiti ugovaratelju osiguranja.

XIII. Postupak vještačenja

Članak 15.

1) Ako Osiguratelj i ugovaratelj, osiguranik ili korisnik nisu suglasni u pogledu vrste, uzroka ili posljedica nesretnog slučaja te obveze Osiguratelja, utvrđivanje spornih činjenica povjerit će se vještacima. Jednoga vještaka imenuje Osiguratelj, a drugoga suprotna strana. Prije vještačenja imenovani vještaci određuju trećega vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su među njima sporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja.

2) Svaka strana plaća troškove vještaka kojega je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća polovicu troškova.

3) Postupak vještačenja provest će se u skladu s odredbama Općih uvjeta osiguranja života i posebnih uvjeta ovisno o tome uz koje je osnovno osiguranje ovo Dopunsko osiguranje ugovoreno.

XIV. Zastara

Članak 16.

1) Potraživanja iz ugovora o osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) zastarijevaju prema odredbama mjerodavnog prava koje se primjenjuje na ugovor o osiguranju.

XV. Završne odredbe

Članak 17.

1) Za odnose između ugovornih strana te ostalih osoba kojih se tiče, a koji nisu određeni ovim Dopunskim uvjetima, primijenit će se odredbe Općih uvjeta osiguranja života i posebnih uvjeta ovisno o tome uz koje je osnovno osiguranje ovo Dopunsko osiguranje ugovoreno

U primjeni od 16. prosinca 2019.

Dopunski uvjeti osiguranja za dopunska osiguranja djece

Uvodne odredbe

Članak 1.

1) Dopunski uvjeti za dopunska osiguranja djece (u daljnjem tekstu: Uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja.

2) Prema ovim Uvjetima mogu se ugovoriti sljedeća dopunska osiguranja:

1. Lom kostiju uslijed nezgode,
2. Dnevna naknada za liječenje u bolnici uslijed nezgode ili bolesti,
3. Dnevna naknada za neophodnu kućnu njegu djeteta i
4. Teške bolesti.

ZAJEDNIČKE ODREDBE ZA SVA DOPUNSKA OSIGURANJA

I. Početak i istek osiguranja

Članak 2.

1) Ako je dopunsko osiguranje sklopljeno ili obnovljeno istovremeno s osiguranjem života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja, početak obveze Osiguratelja definiran je Općim uvjetima osiguranja života. Dopunsko osiguranje se može sklopiti ili obnoviti s datumom početka nove osigurateljne godine za dopunsko pokrivanje Teške bolesti odnosno s datumom dospijanja na naplatu obroka premije osiguranja života za sva ostala dopunska pokrivanja koja su predmet ovih Uvjeta.

2) Ako je dopunsko osiguranje sklopljeno poslije početka osiguranja života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja, osigurateljova obveza počinje u 00.00 sati dana koji je na polici označen kao početak dopunskog osiguranja ako je dotad plaćena prva premija. Početak dopunskog osiguranja može biti različit od početka osiguranja života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja.

3) Ako prva premija nije plaćena do početka osiguranja, obveza Osiguratelja počinje u 24.00 sata onoga dana kada je u cijelosti plaćena prva ugovorena premija.

4) Obveza osiguratelja za dopunsko osiguranje prestaje:

- a. u 00.00 sati dana koji je u polici osiguranja utvrđen kao istek ugovora o osiguranju,
- b. u 24.00 sata na dan kada Osiguratelj primi i odobri zahtjev ugovaratelja osiguranja za prestanak dopunskog osiguranja, odnosno u 24.00 sata onoga dana do kojeg je plaćena premija za dopunsko osiguranje,
- c. kada nastupi smrt osiguranika po dopunskom osiguranju djece,
- d. kada nastupi smrt ugovaratelja osiguranja po osiguranju za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj snosi rizik ulaganja
- e. s danom kapitalizacije ugovora o osiguranju života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj osiguranja snosi rizik ulaganja.

II. Premija osiguranja

Članak 3.

1) Premija dopunskog osiguranja plaća se u istoj valuti, na isti način i istovremeno s premijom osiguranja života za slučaj smrti kod kojeg ugovaratelj osiguranja snosi rizik ulaganja.

2) Kod obnove osiguranja Osiguratelju ne pripada premija dopunskog osiguranja za vrijeme za koje ono nije bilo na snazi.

3) Kod isplate naknade Osiguratelj ima pravo odbiti od iznosa naknade dužnu premiju po polici.

III. Sposobnost za osiguranje

Članak 4.

1) Prema ovim Uvjetima mogu se osigurati samo potpuno zdrave osobe od navršene 1. do uključujući 17. godinu života.

2) Pristupna dob je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika.

3) Ako se u razdoblju od podnošenja ponude do sklapanja ugovora o

osiguranju povećaju opasnosti koje utječu na visinu rizika, kao što su oboljenja, ozljede osiguranika, bavljenje sportom ili promjena zanimanja, osiguranik, odnosno ugovaratelj osiguranja, obavezan je o tome odmah nakon spoznaje pisanim putem izvijestiti Osiguratelja.

IV. Obveze ugovaratelja osiguranja

Članak 5.

1) Prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, ugovaratelj osiguranja obavezan je prijaviti Osiguratelju sve okolnosti relevantne za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

V. Pojam nesretnog slučaja

Članak 6.

1) Nesretnim slučajem se u smislu ovih Uvjeta smatra svaki iznenadni i o osiguranikovo volji neovisan događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na osiguranikovo tijelo, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelomični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili pogoršanje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć.

2) U smislu prethodnog stavka nesretnim se slučajem smatraju sljedeći događaji: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem, ubod ili ugriz životinje i ubod insekta, osim ako je takvim ubodom prouzročena kakva infektivna bolest.

3) Pod nesretnim slučajem smatra se i sljedeće:

- a. trovanje kemijskim sredstvima zbog osiguranikova neznanja, osim profesionalnih bolesti,
- b. infekcija ozljede uzrokovane nesretnim slučajem,
- c. trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti,
- d. opekline vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.,
- e. davljenje i utapanje,
- f. gušenje i ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl.),
- g. istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastane zbog naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima, ako to nakon ozljede utvrdi odgovarajući liječnik specijalista,
- h. posljedice dugotrajnog djelovanja svjetlosti, sunčanih zraka, visoke ili niske temperature ili lošeg vremena, ako im je osiguranik bio izložen neposredno zbog jednog nesretnog slučaja nastalog prije toga ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti, ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog života,
- i. djelovanje rendgenskih ili radioaktivnih zraka ako nastupe naglo ili iznenada, osim profesionalnih bolesti.

4) Ne smatraju se nesretnim slučajem u smislu ovih Uvjeta:

- a. zarazne, profesionalne i ostale bolesti, urođene i stečene bolesti i/ili deformacije kao ni posljedice psihičkih bolesti,
- b. trbušne kile, kile na pupku ili ostale kile,
- c. infekcije i bolesti koje nastanu zbog raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva, ili drugih izraslina tvrde kože,
- d. anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastalog nesretnog slučaja,
- e. hernia disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, kokcigodinja, ishialgija i miofascitis, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko-križne regije označene analognim terminima,
- f. odljepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promijenjenog oka, a iznimno se priznaje odljepljenje mrežnice prethodno zdravog oka ako postoje znakovi izravne vanjske ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi,
- g. posljedice koje nastanu zbog delirium tremensa i djelovanja droga,
- h. posljedice medicinskih, posebice operativnih zahvata koji se poduzimaju

radi liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako su te posljedice nastupile zbog dokazane pogreške medicinskog osoblja (vitium artis); pogreška medicinskog osoblja dokazuje se pravomoćnim Rješenjem nadležnog suda,

- i. patološke promjene kostiju i patološke epifizioloze,
- j. sustavne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti,
- k. nesretni slučajevi koje uzrokuje srčana klijenut (infarkt) - srčana se klijenut (infarkt) ni u kojem slučaju ne smatra posljedicom nesretnog slučaja,
- l. nesretni slučajevi zbog udara moždane kapi, poremećaja uma ili svijesti, osim ako su i ti utjecaji neposredno uzrokovani nesretnim slučajem koji se može svesti u okvire nesretnog slučaja koji Osiguratelj prihvaća.

VI. Isključenje osigurateljeve obveze za slučaj nastupa nesretnog slučaja

Članak 7.

1) Isključene su, ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, u cijelosti sve osigurateljeve obveze ako je nesretni slučaj nastao uslijed:

- a. potresa ili drugih prirodnih katastrofa,
- b. - rata, neprijateljstava, ratnih operacija ili ratu sličnih radnja,
 - građanskog rata, revolucije, pobune, ustanka te građanskih nemira koji nastanu iz takvih događaja ili terorističkog akta,
- c. detonacije eksploziva, mina, torpeda, bomba ili pirotehničkih sredstava u okolnostima iz prethodne točke kao i u mirnodobnom razdoblju kao posljedica nesavjesnog postupanja s istim,
- d. ratnih događaja i oružanih sukoba bilo koje vrste izvan granica naše države, osim ako se nesretni slučaj dogodi u roku od 14 (četnaest) dana od prvog nastupa takvih događaja u zemlji u kojoj osiguranik boravi pa su ga tamo ti događaji iznenadili, uz uvjet da osiguranik nije sudjelovao u tim događajima ili sukobima,
- e. korištenja motornih vozila svih vrsta prilikom pokušaja postavljanja rekorda i sudjelovanja na vozačkim priredbama na kojima se nastoji postići najveća brzina, na trening vožnjama za te priredbe te na vožnjama po stazama namijenjenim takvim utrkama /priredbama izvan termina službenog održavanja istih ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija,
- f. upravljanja zračnim uređajima svih vrsta, plovilima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlaštenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom zračnog uređaja, plovila, motornog i drugog vozila;
Smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu kada radi pripreme i polaganja ispita za dobivanje službene isprave vozi uz neposredni nadzor službeno ovlaštenoga stručnog instruktora.
- g. upravljanja i vožnje zrakoplovom i letjelicama svih vrsta, osim u svojstvu putnika u javnom prijevozu kao i pri sportskim skokovima padobranom, zračnom jedriličarstvu, letenjem zmajem, letenjem paragliding i vožnjom balonom,
- h. sportske rekreacije u sljedećim sportovima: alpinizmu, base jumping, borilačkim sportovima, bungee jumping, jahanju, ronjenju i speleologiji,
- i. namjernog uzrokovanja nesretnog slučaja od strane ugovaratelja osiguranja, osiguranika ili korisnika osiguranja te pokušaja ubojstva od strane ugovaratelja ili korisnika osiguranja te samoubojstva od strane osiguranika,
- j. pripreme, pokušaja ili izvršenja kaznenog djela s umišljajem i pri bijegu nakon takve radnje,
- k. djelovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika:
 - koji postupi protivno pozitivnim zakonskim propisima bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe za nastanak nesretnog slučaja,
 - u ostalim slučajevima kada se utvrdi da je djelovanje alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika bilo u uzročno posljedičnoj vezi s nastankom nesretnog slučaja;
Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola:
 - a. ako je u vrijeme nastanka nesretnog slučaja koncentracija alkohola u organizmu bila viša od 0,50 g/kg pri upravljanju prometnim sredstvom, a u ostalim slučajevima viša od 0,80 g/kg,
 - b. ako se nakon prometne nezgode osiguranik odbije podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti i ako se udalji s mjesta prometne nezgode prije dolaska policije, odnosno ako nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku postaju o prometnoj nezgodi, ili ako na drugi način izbjegne alkotestiranje,
 - c. ako se osiguranik odbije podvrgnuti vađenju krvi i urina radi analize na alkohol (bez obzira na napravljen alkotest) ili se odbije testirati na narkotike,
- l. posrednog ili neposrednog utjecaja ionizirajućih zraka ili atomske

energije (zračenja), osim ako je zračenje bilo propisano od strane liječnika u svrhu liječenja pod liječničkim nadzorom,

- m. aktivnog sudjelovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoobrane.
- 2) Ugovor o osiguranju ništetan je ako je u trenutku njegova sklapanja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju, ili je bilo sigurno da će nastupiti, a uplaćena premija vraća se ugovaratelju umanjena za osigurateljeve troškove.

VII. Prijava nesretnog slučaja

Članak 8.

1) Osiguranik koji je zbog nesretnog slučaja ozlijeđen ili njegov zakonski zastupnik ako je osiguranik maloljetan, obavezan je:

- a. odmah se prijaviti liječniku, odnosno pozvati liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i odmah poduzeti sve potrebne mjere radi liječenja i držati se liječničkih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja,
- b. nesretni slučaj pisanim putem, na tiskanici Osiguratelja, prijaviti Osiguratelju,
- c. u prijavi o nesretnom slučaju pružiti Osiguratelju sva potrebna izvješća i podatke, posebice o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime liječnika koji ga je pregledao i uputio na liječenje, ili koji ga liječi, liječnički nalaz o vrsti i težini tjelesne ozljede, o nastalim eventualnim posljedicama, te podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima koje je osiguranik eventualno imao prije nastanka nesretnog slučaja.

2) Troškovi za liječnički pregled i izvješća (početno i zaključno liječničko izvješće, ponovni liječnički pregled i nalaz specijalista) te ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje okolnosti nastanka nesretnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnositelja zahtjeva.

3) Osiguratelj je ovlašten i ima pravo od osiguranika, ugovaratelja, korisnika, zdravstvene ustanove ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe tražiti naknadna objašnjenja i dokaze te na svoj trošak poduzimati radnje u svrhu liječničkog pregleda osiguranika od svojih liječnika ili liječničkih komisija, u cilju utvrđivanja važnih okolnosti o prijavljenom nesretnom slučaju.

4) Ako ugovaratelj, osiguranik ili korisnik osiguranja ne prijavi nesretni slučaj Osiguratelju, niti dostavi cjelokupnu medicinsku i ostalu dokumentaciju, već odmah pokrene sudski spor protiv Osiguratelja, takva se tužba smatra preuranjenom.

VIII. Isplata ugovorene svote odnosno naknade određene ugovorom o osiguranju

Članak 9.

1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti ugovorenu svotu odnosno naknadu određenu ugovorom o osiguranju u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od četrnaest dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.

2) Ako je za utvrđivanje postojanja osigurateljeve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti ugovorenu svotu odnosno naknadu određenu ugovorom u roku od trideset dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.

3) Ako iznos osigurateljeve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1) i 2) ovoga članka, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.

Članak 10.

1) Osigurateljeva obveza u smislu ovih Uvjeta isplaćuje se u kunskoj protuvrijednosti EUR prema srednjem tečaju HNB na dan obračuna isplate.

IX. Korisnik osiguranja

Članak 11.

1) Korisnik osiguranja je sam osiguranik ako drugačije nije ugovoreno.

X. Pravo naknade

Članak 12.

1) Isplaćenu ugovorenu svotu Osiguratelj ne može naknaditi ni po kojem temelju od osobe odgovorne za nastup osiguranog slučaja.

2) Pravo na naknadu od osobe odgovorne za nastup osiguranog slučaja pripada osiguraniku, odnosno korisniku, neovisno o njegovu pravu na ugovorenu svotu.

XI. Postupak vještačenja

Članak 13.

- 1) Ako Osiguratelj i ugovaratelj, osiguranik ili korisnik osiguranja nisu suglasni u pogledu vrste, uzroka ili posljedica nesretnog slučaja i u pogledu visine obveze Osiguratelja, utvrđivanje spornih činjenica povjerit će se vještacima. Jednoga vještaka imenuje Osiguratelj, a drugoga suprotna strana. Prije vještačenja imenovani vještaci određuju trećega vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su među njima sporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja.
- 2) Svaka strana plaća troškove vještaka kojega je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća polovicu troškova.

XII. Zastara i primjena mjerodavnog prava

Članak 14.

- 1) Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarijevaju prema odredbama mjerodavnog prava koje se primjenjuje na ugovor o osiguranju.

LOM KOSTIJU USLIJED NEZGODE

I. Osigurateljeve obveze

Članak 15.

- 1) Nastupom nesretnog slučaja u smislu ovih Uvjeta koji za posljedicu ima prijelom kosti nastao uslijed bolesnih stanja vezanih uz čvrstoću i građu kostiju (tzv. patološki prijelom),

II. Isključenje i ograničenje osigurateljeve obveze

Članak 16.

- 1) Isključene su, ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, u cijelosti sve osigurateljeve obveze ako je:
 - a. prijelom kosti nastao uslijed bolesnih stanja vezanih uz čvrstoću i građu kostiju (tzv. patološki prijelom),
 - b. prijelom kosti nastao na istom dijelu tijela kao i prethodni prijelom unutar perioda od 6 mjeseca i dokazano je da su međusobno povezani (tzv. refraktura).
- 2) Isključene su sve osigurateljeve obveze ukoliko je nesretni slučaj nastao u okolnostima definiranim člankom 7. ovih Uvjeta.

III. Prijava osiguranog slučaja

Članak 17.

- 1) Osiguranik kojemu se dogodio nesretni slučaj koji je za posljedicu imao prijelom kosti, obavezan je prijaviti nastanak nesretnog slučaja i prijeloma kosti uslijed nesretnog slučaja na način definiran člankom 8. ovih Uvjeta. Ukoliko je osiguranik maloljetan, isto je obavezan učiniti njegov zakonski zastupnik.
- 2) Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu.

DNEVNA NAKNADA ZA LIJEČENJE U BOLNICI USLIJED NEZGODE ILI BOLESTI

I. Osigurateljeve obveze

Članak 18.

- 1) Ugovorom o osiguranju utvrđuje se dnevna naknada koju je Osiguratelj u obvezi isplatiti korisniku osiguranja ukoliko se dogodio nesretni slučaj definiran člankom 6. ovih Uvjeta ili bolest koja ima za posljedicu osiguranikov boravak u bolnici radi liječenja od istog nesretnog slučaja odnosno bolesti pod uvjetom da je ovlašten liječnik utvrdio vrstu ozljede ili bolesti te uputio osiguranika na liječenje.
- 2) Osiguratelj će isplatiti dnevnu naknadu u ugovorenom iznosu za dokumentirano trajanje liječenja u bolnici od trećeg dana pa do posljednjeg dana liječenja u bolnici, ali najviše do 365-og dana od dana nastanka nesretnog slučaja odnosno bolesti. Danom liječenja u bolnici u smislu ovih Uvjeta smatra se noć provedena u bolnici.
- 3) Osiguranje uključuje isplatu dnevne naknade za liječenje u bolnici uslijed nezgode ili bolesti u Hrvatskoj ili u inozemstvu ukoliko liječenje nije bilo moguće provesti u Hrvatskoj te je osiguranik upućen na liječenje u inozemstvo od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu HZZO).
- 4) Ako je boravak u bolnici produljen iz bilo kojega zdravstvenog razloga, Osiguratelj je obavezan isplatiti dnevnu naknadu samo za vrijeme boravka u bolnici uzrokovanog isključivo tim nesretnim slučajem ili bolesti, ali i u tom slučaju najviše do 365-og dana od dana nastanka nesretnog slučaja ili

bolesti.

II. Isključenje i ograničenje osigurateljeve obveze

Članak 19.

- 1) Isključene su, ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, u cijelosti sve osigurateljeve obveze za liječenja koja se provode u:
 - a. bolnicama odnosno ustanovama za liječenje i njegu plućnih bolesnika,
 - b. ustanovama za neizlječive kronične bolesti,
 - c. domovima i ustanovama za oporavak i rehabilitaciju,
 - d. lječilištima i toplicama,
 - e. ustanovama za liječenje i njegu psihičkih bolesnika i umno poremećenih osoba te
 - f. ustanovama ili bolnicama za liječenje ovisnosti od alkohola, narkotika i drugih ovisnosti.
- 2) Boravak u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju smatra se boravkom u bolnici i Osiguratelj je u obvezi isplate dnevne naknade prema ovim Uvjetima, ukoliko je boravak u istima odobren od strane HZZO-a i troškovi boravka u bolnici pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem.
- 3) Isključene su sve osigurateljeve obveze, ukoliko je osiguranik bio na liječenju u bolnici uslijed liječenja zbog bolesti AIDS-a ili nezgoda proizašlih iz bolesti AIDS-a.
- 4) Isključene su sve osigurateljeve obveze za liječenje u bolnici uslijed nesretnog slučaja ukoliko je nesretni slučaj nastao u okolnostima definiranim člankom 7. ovih Uvjeta.

III. Prijava osiguranog slučaja

Članak 20.

- 1) Ako je osiguranik boravio u bolnici radi liječenja od posljedica nesretnog slučaja ili zbog bolesti, obavezan je o tome podnijeti izvornik otpusnog pisma ili izvornik potvrde na memorandumu bolnice u kojoj se liječio. Ukoliko je osiguranik maloljetan, isto je obavezan učiniti njegov zakonski zastupnik. To otpusno pismo ili potvrda mora sadržavati žig i potpis liječnika, ime i prezime osiguranika, godinu rođenja osiguranika, matični broj pod kojim je osiguranik zaveden u bolnici, liječnički nalaz s potpunom dijagnozom, točne podatke kada je i zbog čega početo liječenje, dan prijama u bolnicu, dan otpuštanja iz bolnice zbog liječenja od posljedica nesretnog slučaja.
- 2) Osiguranik kojemu se dogodio nesretni slučaj koji je za posljedicu imao liječenje u bolnici, obavezan je prijaviti i nastanak nesretnog slučaja na način definiran člankom 8. ovih Uvjeta.
- 3) Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu.

DNEVNA NAKNADA ZA NEOPHODNU KUĆNU NJEGU DJETETA

I. Osigurateljeve obveze

Članak 21.

- 1) Ugovorom o osiguranju utvrđuje se dnevna naknada koju je Osiguratelj u obvezi isplatiti korisniku osiguranja ukoliko se dogodio nesretni slučaj definiran člankom 6. ovih Uvjeta ili bolest uslijed koje je osiguraniku potrebno pružiti kućnu njegu. Potreba za kućnom negom se utvrđuje na temelju uvjerenja izdanog od strane ovlaštenog liječnika.
- 2) Osiguratelj će isplatiti dnevnu naknadu u ugovorenom iznosu za dokumentirano trajanje kućne njege počevši od 31-og dana pa do posljednjeg dana trajanja kućne njege, ali najviše do 180-og dana trajanja kućne njege za isti nesretni slučaj ili bolest.

II. Isključenje i ograničenje osigurateljeve obveze

Članak 22.

- 1) Isključene su, ako nije drukčije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, u cijelosti sve osigurateljeve obveze za kućnu njegu koju provodi roditelj njegovatelj od dana stjecanja statusa roditelja njegovatelja (utvrđenog prema Zakonu o socijalnoj skrbi).
- 2) Isključene su sve osigurateljeve obveze za kućnu njegu uslijed nesretnog slučaja ukoliko je nesretni slučaj nastao u okolnostima definiranim člankom 7. ovih Uvjeta.

III. Prijava osiguranog slučaja

Članak 23.

- 1) Ako je osiguranik bio na kućnoj njezi zbog posljedica nesretnog slučaja ili zbog bolesti, obavezan je o tome podnijeti uvjerenje liječnika kojim

potvrđuje potrebu za kućnom njegom. Ukoliko je osiguranik maloljetan, isto je obavezan učiniti njegov zakonski zastupnik. To uvjerenje mora sadržavati žig i potpis liječnika, ime i prezime osiguranika, godinu rođenja osiguranika, liječnički nalaz s potpunom dijagnozom, točne podatke kada je i zbog čega započela kućna njega te podatke ima li i od kada, jedan od zakonskih zastupnika status roditelja njegovatelja.

2) Osiguranik kojemu se dogodio nesretni slučaj koji je za posljedicu imao liječenje u bolnici, obavezan je prijaviti i nastanak nesretnog slučaja na način definiran člankom 8. ovih Uvjeta.

3) Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu.

TEŠKE BOLESTI

I. Osigurani slučaj

Članak 24.

1) Osigurani slučaj u smislu ovih Uvjeta je nastanak jedne od teških bolesti navedenih u ovom članku za vrijeme trajanja osiguranja, ako osiguranik nije umro u prvih trideset (30) dana od dana nastanka te bolesti.

2) Teškim bolestima u smislu ovih Uvjeta smatraju se sljedeće bolesti prema navedenim definicijama:

1. **Bronhalna astma** - ako su zadovoljena sljedeća tri kriterija u trajanju dužem od 12 mjeseci od dijagnoze bolesti:

- Prisutnost stalnih kliničkih simptoma (teži oblik astme) koji se pojavljuju gotovo svakodnevno uz česte noćne napade i nepodnošenje tjelesnih napora i hladnoće.
- Trajna upotreba lijekova kao što su aminofilin, beta blokatori dugog djelovanja, kortikosteroidi, antileukotrieni.
- Ponavljani nalaz u testovima plućne funkcije - FEV1 < 60%.

2. **Dijabetes tipa I** - koji je dijagnosticiran tijekom bolničkog liječenja i ako je uspostavljena dijagnoza diabetes mellitusa tipa 1 uz pozitivne nalaza laboratorijskih pretraga (prisustvo hiperglikemija, visokih razina HbA1c, niske razine C peptida, pozitivni markeri/antitijela autoimunog procesa protiv B-stanica (Langerhansove stanice) gušterače) uz nedvojbeno stalnu potrebu za inzulinom najmanje 3 mjeseca od dana dijagnoze bolesti.

3. **Infektivna bolest mozga** - upalna bolest mozgovine (meningitis, meningoencefalitis, encefalitis) uzrokovana virusnom ili bakterijskom infektivnom bolešću kod prethodno zdrave osobe.

Smatra se teškom bolešću ukoliko se upalna bolest moždane ovojnice i/ili mozgovine opisuje s tipičnim kliničkim tijekom i specifičnim nalazom CT-a i / ili MR mozga te likvora tijekom bolničkog liječenja. Uz navedeno, bolest mora trajati neprekidno najmanje 3 mjeseca nakon njene dijagnoze i rezultirati teškom invalidnošću na način da osiguranik nije samostalno pokretan ili nije u stanju brinuti se o sebi (prehrana, oblačenje) ili nije u stanju kontrolirati stolicu i mokrenje te mu je potrebna stalna tuđa pomoć i njega.

4. **Kronični virusni hepatitis** - ukoliko upala jetre traje duže od 6 mjeseci. Pokazatelj upale je potreba za bolničkim liječenjem uz ponovljene patološke nalaze laboratorijskih parametara oštećenja jetre (bilirubin, tzv. jetreni testovi (AST,ALT,GGT, LDH, amonijak i dr.), poremećena krvna slika ili testovi zgrušavanja) uz pozitivne virusne markere koji ukazuju na porijeklo i aktivnost bolesti (PCR virusnog genoma) te pozitivan nalaz biopsije jetre sukladno važećim dijagnostičkim kriterijima.

5. **Tumor** - zloćudna histološki dokazana epitelna i/ili mezenhimna novotvorina sa svojstvima nekontroliranog rasta, prodiranja u okolinu, te metastaziranja u udaljena područja, uključujući leukemiju i maligne limfome (Morbus Hodgkin i Non Hodgkin) koja zahtijeva:

- operaciju sa zračenjem ili
- operaciju s kemoterapijskim liječenjem ili
- operaciju sa zračenjem i kemoterapijskim liječenjem ili
- kemoterapiju kod liječenja leukemije ili
- zračenje i/ili kemoterapijsko liječenje kao jedinu metodu liječenja ako je bolest u stadiju proširenih metastaza a terapijski zahvat je za osiguranika samo palijativnog karaktera.

Smatra se da je ova bolest nastala kada je potvrđena dijagnoza kliničkom obradom (bolnički ili ambulatno), a teška bolest je u smislu ovih Uvjeta ukoliko osiguranik preživi prvih 30 dana od dana nastanka bolesti.

Isključeni su:

- kronična limfocitna leukemija (CLL),
- Carcinoma in situ (uključujući cervikalnu displaziju CIN-klasifikacije CIN-1, CIN-2 i CIN-3 i CIS, PAP-klasifikacije PAP-1 do PAP-4) ili koji su histološki opisani kao pred-maligni,
- melanomi (s dokazanim stadijem 1 ili 2 po TNM klasifikaciji dokazano histološki ili stadijem invazije manjim od stadija 3 po

Clarku) i karcinomi kože, osim ako postoje udaljene metastaze,

- Kaposi sarkom i drugi tumori uz istovremeno postojanje HIV pozitiviteta ili AIDS oboljenja,
- rak prostate histološki dokazane TNM klasifikacije T1 (uključivši T1a, T1b ili neke druge slične ili niže kvalifikacije).

6. **Operacija srčanih zalistaka** - ukoliko je osiguranik je podvrgnut jednoj od sljedećih operacija na otvorenom srcu: operativna potpuna zamjena mitralne, trikuspidne, pulmonalne ili aortalne valvule u svjetlu hemodinamski značajne srčane greške te osiguranik preživi prvih 30 dana nakon operacije.

Teška bolest nije operacija koja se provodi bez otvaranja prsnog koša (angioplastika, balon dilatacija, laserske operacije i sl) ili ako se izvodi endoskopski ali bez upotrebe protetskih valvula.

7. **Zatajenje bubrega** - trajno zakazivanje funkcije oba bubrega radi kojega je potrebna trajna dijaliza ili transplantacija bubrega. Smatra se da je bolest nastala u smislu ovih Uvjeta nakon početka trajne dijalize ili nakon provedene transplantacije bubrega uz uvjet da su prošla 3 mjeseca od tada.

8. **Transplantacija organa** - stvarno provedena transplantacija jednog od sljedećih organa:

- srca - samo kompletna transplantacija (ugradnja umjetnog srca smatra se isto transplantacijom srca),
- pluća,
- koštane srži,
- jetre,
- gušterače (isključena transplantacija samo Langerhansovih otoka) ili
- tankog crijeva.

Autotransplantacija koštane srži isključena je iz osiguranja.

Smatra se da je bolest nastala u smislu ovih Uvjeta nakon provedene transplantacije uz uvjet da osiguranik preživi prvih 30 dana nakon transplantacije.

9. **Paraliza** - potpuna oduzetost (kljenut) u vidu hemiplegije, paraplegije, triplegije, kvadruplegije kao posljedica teških ozljeda uzrokovanih nezgodom ili kao posljedica neke bolesti.

Uzročno posljedična veza nezgode i paralize mora biti na vrijeme i dijagnostički utvrđena. Dijagnozu postavlja klinika za neurologiju, klinika za traumatologiju ili traumatološki odjel klinike za kirurgiju.

Smatra se da je ova bolest nastala u smislu ovih Uvjeta nakon utvrđivanja stanja ustaljenosti paralize uz uvjet da traje najmanje 3 mjeseca te daljnjim liječenjem i rehabilitacijom nije moguće postići poboljšanje. Paraliza nastala uslijed nasljednih bolesti nije uključena u osiguranje.

10. **Sljepoća** - potpuni gubitak vida na oba oka kao posljedica ozljede očiju ili mozga.

Dijagnozu mora potvrditi specijalista oftalmolog. Smatra se da je ova bolest nastala u smislu ovih Uvjeta kada specijalista oftalmolog utvrdi da je stanje konačno uz uvjet da je od dijagnoze proteklo najmanje 3 mjeseca.

11. **Gluhoća** - potpuni gubitak sluha na oba uha uslijed bolesti (vanjskog, srednjeg ili unutarnjeg uha). Dijagnozu mora potvrditi liječnik specijalista. Smatra se da je ova bolest nastala u smislu ovih Uvjeta kada specijalista otorinolaringolog utvrdi da je stanje konačno uz uvjet da je od dijagnoze proteklo najmanje 3 mjeseca.

12. **Koma** - potpuni gubitak svijesti, duboka nesvjestica iz koje bolesnika nije moguće probuditi nikakvim podražajima, a nastala je iznenadno i o osiguranikovo volji neovisnim događajem izvana (trauma) te za posljedicu ima potpuni ili djelomični trajni neurološki deficit. Stanje kome treba postojati u kontinuitetu uz pomoć aparata za održavanje života u razdoblju od najmanje 96 sati. Uključeni su apalički i locked in sindrom.

Isključena je koma kao posljedica namjernog uzimanja velikih količina lijekova u svrhu samoubojstva, konzumiranja droge, tzv. hepaticička, dijabetička, uremička koma, posljedica vaskularnih poremećaja mozga, spaciokompresivnih procesa, tumora, upalnih procesa, "umjetna" koma kao terapija ili produženje kome u terapijske svrhe.

Smatra se da je ova bolest nastala u smislu ovih Uvjeta nakon utvrđivanja stanja ustaljenosti, odnosno kada daljnjim liječenjem i rehabilitacijom nije moguće postići poboljšanje. Status mora biti potvrđen od strane medicinskih stručnjaka i osiguranik mora biti pod medicinskim nadzorom najmanje 3 mjeseca neprekidno.

13. **Gubitak ekstremiteta** - amputacija jednog ili nekoliko ekstremiteta iznad lakta odnosno koljena. Dijagnoza mora biti potvrđena od strane liječnika specijaliste.

Članak 25.

1) Osigurateljno pokrće za sve teške bolesti definirane člankom 24. ovih Uvjeta počinje 3 (tri) mjeseca od dana početka ovog dopunskog osiguranja utvrđenog policom osiguranja osim za bolesti navedene po točkom 10., 12.

II. Spособnost za osiguranje

Članak 26.

1) Dopunsko osiguranje ne mogu ugovoriti osobe kod kojih je ranije ustanovljena bilo koja bolest iz članka 24. ovih Uvjeta, odnosno osobe koje se na dan sklapanja osiguranja liječe od neke od tih bolesti, kao ni osobe kod kojih su u tijeku pretrage radi dijagnosticiranja neke od tih bolesti.

III. Početak i istek osiguranja

Članak 27.

1) Osim iz razloga navedenih u članku 2. ovih Uvjeta, obveza Osiguratelja po osnovi dopunskog osiguranja od teških bolesti prestaje i isplatom osiguranog iznosa po nastanku osiguranog slučaja iz članka 24. ovih Uvjeta.

IV. Premija osiguranja

Članak 28.

1) Ukoliko dođe do porasta broja oboljelih od neke od bolesti iz članka 24., stavka 2) ovih Uvjeta, u odnosu na pretpostavku koja je korištena u tehničkim osnovicama i prema njima zaračunatoj premiji, Osiguratelj može povećati premiju osiguranja.

2) U slučaju iz prethodnoga stavka ovoga članka Osiguratelj je obavezan o promjeni premije, odnosno promjeni ugovorene svote, preporučenim pismom obavijestiti ugovaratelja osiguranja najkasnije 60 (šezdeset) dana prije isteka osigurateljne godine. Ako ugovaratelj ne dostavi pisanu suglasnost na promjene na polici u roku 30 (trideset) dana od dana primitka pisane obavijesti, smatrat će se da nije suglasan s promjenom i dopunsko osiguranje prestaje istekom te osigurateljne godine, ali najkasnije istekom roka za koji je plaćena premija.

V. Osigurateljve obveze

Članak 29.

1) Osiguratelj je obavezan isplatiti ugovorenu svotu za slučaj nastanka teške bolesti korisniku ovog osiguranja ako je tijekom trajanja osiguranja nastupio osigurani slučaj sukladno članku 24. ovih Uvjeta.

VI. Isključenje osigurateljve obveze

Članak 30.

1) Isključene su, ako nije drugačije ugovoreno i ne proizlazi iz police osiguranja, u cijelosti sve osigurateljve obveze ako je s osigurani slučaj nastao zbog:

- a. rata, neprijateljstva, ratnih operacija ili ratu sličnih radnja,
- b. građanskog rata, revolucije, pobune, ustanka, te građanskih nemira koji nastanu iz takvih događaja ili terorističkog akta,
- c. djelovanja detonacije eksploziva, mina, torpeda, bomba ili pirotehničkih sredstava u okolnostima iz točke a. i b. ovoga stavka,
- d. potresa ili drugih prirodnih katastrofa,
- e. neposrednih ili posrednih utjecaja nuklearnih rizika, atomske energije ili ionizirajućih zračenja,
- f. izvršenja ili pokušaja izvršenja kaznenih djela od strane osiguranika,
- g. liječenja, odnosno operacijskih zahvata koje osiguranik samoinicijativno poduzima, osim ako to nije medicinski prijeko potrebno,
- h. dugotrajnih boravaka ili putovanja u klimatski nepovoljnim područjima, odnosno sudjelovanja na znanstvenim, vojnim ili drugim ekspedicijama,
- i. osiguranikova upravljanja motornim vozilom bez propisane dozvole,
- j. osiguranikova uživanja alkohola, droga ili drugih narkotičnih sredstava, uzimanja otrova ili zlouporabe lijekova,
- k. namjernog uzrokovanja bolesti ili izazivanja bolesti, namjernog narušavanja tjelesnih ili duševnih sposobnosti, namjernog samoranjavanja ili pokušaja samoubojstva,
- l. zračenja energijom jačine najmanje 100 elektron volta, neutronima svake energije, laserskim i mikrovalnim zrakama ili umjetno stvorenim ultraljubičastim zrakama (osim u slučajevima ako je zračenje uslijedilo prema liječničkoj preporuci, od strane liječnika i pod liječničkim nadzorom),
- m. neposrednog ili posrednog utjecaja AIDS-a ili HIV infekcije.

VII. Prijava osiguranog slučaja

Članak 31.

1) Osobe koje polažu pravo na ugovorenu svotu obvezne su, kad nastupi osigurani slučaj, Osiguratelju podnijeti pisanu prijavu u roku od 3 (tri) mjeseca

od dana nastupanja.

2) Kod prijave podnose se sljedeći dokumenti:

- a. prijava osiguranog slučaja na osigurateljveoj tiskanici,
- b. izvornik police osiguranja života,
- c. detaljan opis nastanka osiguranog slučaja,
- d. detaljna i potpuna medicinska dokumentacija o uzroku, početku, vrsti i tijeku bolesti, kao i sva izvješća te nalazi liječnika i medicinske ustanove od kojih je osiguranik pregledan ili liječen, kao i onih kod kojih se trenutačno liječi. Potrebno je, također, priložiti otpusna pisma i drugu medicinsku dokumentaciju iz bolnica, rehabilitacijskih klinika ili liječilišta u kojima su vršeni pregledi ili liječenje prije i tijekom bolesti.

3) Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu, kao i tražiti da se osiguranik na trošak Osiguratelja pregleda kod liječnika kojeg ovlasti Osiguratelj i napravi dodatne pretrage ili dijagnostičke postupke.

4) Dokumentacija uz prijavu iz točke c. i d. stavka 2) podnosi se u izvorniku ili u ovjerenim preslikama. Troškove koji nastanu na temelju ovih odredaba snosi podnositelj prijave.

5) Osiguranik ili njegov zakonski zastupnik ukoliko je osiguranik maloljetan, izričito i neopozivo ovlašćuje liječnike, bolnice i ostale medicinske ustanove kod kojih se liječio, ili kod kojih će biti liječen, da Osiguratelju na njegov zahtjev daju sve potrebne informacije i dokumentaciju o osiguraniku i njegovu zdravstvenom stanju, a koji prema prosudbi Osiguratelja imaju, ili bi mogli imati, uzročno posljedičnu vezu s osiguranim slučajem.

6) Ako je potrebno, osiguranik ili njegov zakonski zastupnik ukoliko je osiguranik maloljetan se obvezuje pisanim putem ovlastiti Osiguratelja za prikupljanje podataka iz prethodnoga stavka ovoga članka.

7) Osiguratelj jamči za povjerljivost prikupljenih podataka.

ZAVRŠNE ODREDBE UVJETA

Članak 32.

1) Za odnose između Osiguratelja, osiguranika, ugovaratelja osiguranja, korisnika osiguranja i ostalih osoba kojih se tiče, a koji nisu određeni ovim Dopunskim uvjetima, primjeniti će se odredbe Općih uvjeta osiguranja života i posebnih uvjeta ovisno o tome uz koje je osiguranje života ovo dopunsko osiguranje ugovoreno, a ako nisu u suprotnosti s ovim Dopunskim uvjetima.

U primjeni od 16. prosinca 2019.

Posebni uvjeti za osiguranje uvećanih rizika

I. Opće odredbe

Članak 1.

1) Posebni uvjeti za osiguranje uvećanih rizika (u daljnjem tekstu: Posebni uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju života kojeg ugovaratelj sklopi s Allianz Hrvatska d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).

2) Posebnim uvjetima regulirana je procjena rizika za osiguranike koji predstavljaju uvećani rizik za Osiguratelja (npr. zbog rizičnog zanimanja, sporta, zdravstvenog stanja ili sl.).

Članak 2.

1) Uvećanje premije koju ugovaratelj treba platiti za uvećani rizik određeno je ovim Posebnim uvjetima i može se zaračunavati kroz dio ugovorenoga trajanja osiguranja ili kroz cijelo vrijeme trajanja osiguranja.

2) Osim uvećanja premije, Osiguratelj može odrediti:

- odgodu prihvata ponude, odnosno obnove do izlječenja,
- odgodu prihvata ponude, odnosno obnove za određeno vrijeme, najdulje do pet godina.

3) Ako za neki uvećani rizik nije predviđeno uvećanje premije prema ovim Posebnim uvjetima, Osiguratelj određuje premiju - prema analogiji sa sličnim ili srodnim rizicima.

4) Zbog izrazito teških uvećanih rizika osiguranik se može ocijeniti apsolutno neprihvatljivim za osiguranje i takva se ponuda ne prihvaća.

Članak 3.

1) Ocjenu uvećanog rizika zbog zdravstvenih razloga određuje liječnik cenzor Osiguratelja i stručna osoba procjenitelj rizika za prihvata u osiguranje, prema dostavljenoj relevantnoj medicinskoj dokumentaciji osiguranika, a u skladu s Priručnikom za ocjenu uvećanih rizika.

2) Pod relevantnom medicinskom dokumentacijom iz prethodnoga stavka ovoga članka ponajprije se smatra: povijest bolesti, otpusno pismo, kontrolni nalazi i nalazi koji nisu stariji od 6 mjeseci, a iz kojih je razvidno kada je bio početak zdravstvenih problema osiguranika, tijek bolesti i liječenja te trenutni zdravstveni status osiguranika.

3) Ako osiguranik ne posjeduje traženu medicinsku dokumentaciju, može je zamijeniti odgovarajućim Osigurateljevim upitnikom ili izjavom, što popunjava i ovjerava potpisom i žigom izabrani liječnik osiguranika.

Članak 4.

1) Osobe koje se nalaze na liječenju ne mogu, u pravilu, sklopiti ili obnoviti osiguranje dok se ne završi liječenje, odnosno dok se ne utvrdi konačni trajni postotak invaliditeta.

2) Iznimno od prethodnoga stavka, Osiguratelj može ne temelju medicinske dokumentacije odrediti u kojem se slučaju te osobe mogu osigurati.

II. Osiguranje života

Članak 5.

1) Uvećani rizik u osiguranju života određuje se iz sljedećih razloga:

- odstupanja od standardne tjelesne težine utvrđene na osnovu izračuna indeksa tjelesne mase,
- zbog bolesti od koje boluje osiguranik, na osnovu procjene liječnika cenzora i stručne osobe procjenitelja rizika za prihvata u osiguranje,
- zbog zanimanja i sportova kojima se osiguranik bavi prema Tablici rizičnih zanimanja i sportova.

Članak 6.

1) Indeks tjelesne mase računa se na način da se tjelesna masa osobe u kilogramima podijeli s kvadratom visine u metrima.

2) Ako stvarna tjelesna težina osobe odstupa od standardnih vrijednosti prema tablici indeksa tjelesne mase, premija se u osiguranju života uvećava ovisno o pristupnoj dobi osiguranika.

Članak 7.

1) Ako osiguranik istovremeno predstavlja uvećani rizik iz više razloga iz članka 5., doplaci se na premiju zbrajaju.

III. Osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života

Članak 8.

1) Uvećani rizik u osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života određuje se iz sljedećih razloga:

- umanjenja opće radne sposobnosti za 51% ili više,
- zbog zanimanja i sportova kojima se osiguranik bavi prema Tablici rizičnih zanimanja i sportova.

Članak 9.

1) Osobama koje imaju trajni gubitak opće radne sposobnosti (invaliditet) prema Tablici za određivanje postotka trajnog gubitka opće radne sposobnosti (invaliditeta) kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode):

- od 51% do 75%, premija se povećava za 33 %,
- od 76% do 99%, premija se povećava za 50%.

Članak 10.

1) Ako osoba istovremeno predstavlja uvećani rizik iz više razloga iz članka 8., doplaci se na premiju ne zbrajaju, već se rizik ocjenjuje prema najvećem doplatku na premiju.

IV. Dopunsko osiguranje za slučaj nastanka teške bolesti

Članak 11.

1) Uvećani rizik u dopunskom osiguranju za slučaj nastanka teške bolesti određuje se zbog:

- odstupanja od standardne tjelesne težine utvrđene na osnovu izračuna indeksa tjelesne mase,
- zbog bolesti od koje boluje osiguranik, na osnovu procjene liječnika cenzora i stručne osobe procjenitelja rizika za prihvata u osiguranje,
- zbog zanimanja i sportova kojima se osiguranik bavi, a predstavljaju uvećani rizik prema ocjeni stručne osobe procjenitelja rizika za prihvata u osiguranje.

U primjeni od 16. prosinca 2019.

www.allianz.hr

Info telefon 072 100 001

