

Opći uvjeti za osiguranje života uz dopunsko osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) Protector (P2_2022) i Informacije Ugovaratelju osiguranja

TEMELJNI POJMOVI:

Ugovaratelj osiguranja: Osoba koja je s Osigurateljem sklopila ugovor o osiguranju

Osiguratelj: Groupama osiguranje d. d. sa sjedištem u Zagrebu, Ulica grada Vukovara 284

Osiguranik: fizička osoba, državljanin Republike Hrvatske ili rezident, čiji se život osigurava na temelju sklopljene police osiguranja, a koji je potpisom police dao pisanu suglasnost da bude osigurana osoba po predmetnoj polici, s naznakom osiguranog iznosa

Rezident: fizička osoba s prebivalištem u Republici Hrvatskoj ili koja u Republici Hrvatskoj boravi na osnovi važeće dozvole boravka u neprekinutom trajanju najmanje 183 dana (diplomatski i konzularni predstavnici stranih zemalja i članovi njihovih obitelji ne smatraju se rezidentima u smislu ovih Općih uvjeta)

Korisnik osiguranja: Osoba u čiju se korist sklapa ugovor o osiguranju, odnosno osoba kojoj pripadaju prava iz ugovora o osiguranju. Ugovaratelj osiguranja određuje korisnika za slučaj potpune trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja, loma kostiju kao posljedice nesretnog slučaja, boravka u bolnici zbog liječenja od posljedice nesretnog slučaja te korisnika za slučaj smrti. Korisnik može biti jedna ili više osoba. Ako je korisnik maloljetna osoba ili osoba lišena poslovne sposobnosti, osigurani iznos će se isplatiti na račun maloljetnika odnosno osobe lišene poslovne sposobnosti.

Osigurani iznos koji treba biti isplaćen korisniku ne ulazi u ostavinu, pa ni kad su korisnicima određeni zakonski nasljednici ugovaratelja osiguranja. Ako su za korisnike određeni zakonski nasljednici ugovaratelja osiguranja, svakom tako određenom korisniku pripada pravo na odgovarajući dio osiguranog iznosa i ako se odrekne nasljedstva

Polica osiguranja: Isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju koju izdaje Osiguratelj. Ugovor o osiguranju je sklopljen kad ugovorne strane potpišu policu osiguranja.

Osigurani slučaj: Događaj prouzročen osiguranim rizikom koji je nastupio kao posljedica nesretnog slučaja (nezgode). Rizik koji je obuhvaćen osiguranjem (osigurani rizik) mora biti budući, neizvjestan i neovisan o isključivoj volji ugovaratelja osiguranja ili osiguranika. Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u trenutku njegova sklapanja već nastao osigurani slučaj, ili je bio u nastupanju, ili je bilo izvjesno da će nastupiti, ili je već tada bila prestala mogućnost da on nastane.

Osigurani iznos: Novčani iznos koji je Osiguratelj dužan isplatiti kad nastupi osigurani slučaj, a predstavlja ujedno gornju granicu obveze Osiguratelja

Premija osiguranja: Iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti Osiguratelju pri sklapanju i u tijeku trajanja ugovora o osiguranju

Nesretni slučaj (nezgoda): svaki iznenadni i volji osiguranika neovisan događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpunu trajnu invalidnost ili narušenje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć. Nesretnim slučajem u smislu ovih Uvjeta ne smatraju se bolesti te njihove posljedice (npr. srčani udar ili embolija).

Članak 1 – Pravne osnove

- Ovi Opći uvjeti za osiguranje života uz dopunsko osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju života uz dopunsko osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (u daljnjem tekstu: Ugovor o osiguranju ili Protector ili Polica osiguranja) koji je ugovaratelj osiguranja sklopio sa Groupama osiguranjem d. d. kao Osigurateljem.

Članak 2 – Opseg pokrivanja i predviđeni osigurani iznosi

- Protector Policom osiguranja može se ugovoriti osiguranje za slučaj:
 - smrti
 - smrti zbog nesretnog slučaja
 - potpune trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja
 - boravka u bolnici zbog liječenja od posljedice nesretnog slučaja, te
 - loma kostiju kao posljedice nesretnog slučaja.
- Namjena ovog Ugovora o osiguranju je da Osiguratelj isplaćuje iznose navedene u Polici osiguranja za svaki osigurani rizik nakon nastanka osiguranog slučaja. Osigurani iznos isplaćuje se korisniku osiguranja ako se osigurani slučaj dogodio za vrijeme trajanja osiguranja.
- Po ovom Ugovoru o osiguranju mogu se osigurati zdrave osobe do najviše 65 godina života (uključujući i dan nastupa 65. godine života) s time da Ugovor o osiguranju svakako prestaje u 24:00 sata onoga dana kad osiguranik navrší 75 godina života.

Članak 3 – Trajanje Ugovora o osiguranju

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

Članak 4 – Prestanak Ugovora o osiguranju

- Ugovaratelj osiguranja može obavijestiti Osiguratelja o odustajanju od Ugovora o osiguranju u roku od 30 dana (rok za odustajanje) od dana primitka obavijesti Osiguratelja o sklapanju Ugovora o osiguranju i u tom slučaju ne snosi obveze koje proizlaze iz tog Ugovora o osiguranju.
- Ugovaratelj osiguranja može otkazati Ugovor o osiguranju u bilo kojem trenutku (bilo u inicijalnom osigurateljnom razdoblju, kao i u novom

osigurateljnom razdoblju) za vrijeme trajanja Ugovora o osiguranju. Otkaz se obavlja pisanim putem, a Ugovor o osiguranju prestaje nakon isteka razdoblja za koje je plaćena premija osiguranja.

- Osiguratelj može otkazati Ugovor o osiguranju najkasnije 30 dana prije isteka tekuće osigurateljne godine, ako ne želi da se Ugovor o osiguranju produži na sljedeću osigurateljnu godinu.

Članak 5 – Uvjeti za prihvaćanje u osiguranje

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

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

- Ako je ukupni osigurani iznos do 40.000,00 EUR (protuvrijednost eura u kunama obračunava se prema srednjem tečaju HNB na dan sklapanja police), Osiguratelj pridržava pravo:
 - u postupku procjene rizika, prema vlastitoj procjeni, od potencijalnog osiguranika zatražiti sve podatke o zdravstvenom stanju osiguranika prije prihvata u osiguranje i to dostavom zdravstvenog kartona i/ili druge dokumentacije i/ili putem obrazaca Osiguratelja o zdravstvenoj sposobnosti osiguranika, te povećati premiju ili odbiti prihvat u osiguranje.
- Ako je ukupni osigurani iznos iznad 40.000,00 EUR (protuvrijednost eura u kunama obračunava se prema srednjem tečaju HNB na dan sklapanja police), Osiguratelj pridržava pravo:
 - zatražiti osiguranika da popuni i potpiše Pitanja o zdravstvenom stanju osiguranika
 - zatražiti dodatnu dokumentaciju, preglede ili nalaze, a ako se radi o medicinskoj dokumentaciji, ona će biti upućena Osiguratelju
 - povećati premiju ili ograničiti ili odbiti zatraženo pokrivenje, ali ta ograničenja moraju biti navedena na Polici (nakon prihvaćanja u osiguranje osiguranika).
- Maksimalan rok u kojem Osiguratelj treba odlučiti o pristupu u osiguranje je 30 dana u slučaju kad je potreban liječnički pregled.
- Osiguranik je dužan ugovaratelju osiguranja, odnosno Osiguratelju, pružiti istinite, točne i potpune informacije važne za procjenu rizika i odluku o prihvatu u osiguranje koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- Prema ovim Općim uvjetima osiguranik može biti osiguran samo po jednoj polici Protector. Dodatna polica osiguranja u smislu ovih Općih uvjeta smatra se svaka polica osiguranja sklopljena nakon prve izdane police osiguranja.
- Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u trenutku njegova sklapanja rizik, koji bi inače bio pokriven osiguranjem, već nastupio ili je bio u nastupanju ili je bilo izvjesno da će nastupiti. Osiguratelj će o razlozima ništavnosti obavijesti drugu ugovornu stranu na čijoj su strani razlozi ništavnosti pisanim putem u roku od 60 dana od saznanja da je nastupila ništavnost. U dopisu će Osiguratelj ujedno i obavijestiti ugovornu stranu o iznosu koji je primljen na ime takvog ugovora te zatražiti podatke o računu na koji će izvršiti povrat premije po takvom ugovoru.
- Osiguranik je dužan ugovaratelju osiguranja, odnosno Osiguratelju, pružiti istinite, točne i potpune informacije važne za procjenu rizika i odluku o prihvatu u osiguranje koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate, kao i prilikom podnošenja zahtjeva za isplatu osiguranog iznosa, što posebno uključuje podatke o zdravstvenom stanju osiguranika.
- Ako je osiguranik namjerno dao netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost odnosno činjenicu takve vrste da Osiguratelj ne bi donio odluku o prihvatu u osiguranje da je znao pravo stanje, Osiguratelj može zahtijevati poništenje ugovornog odnosa s osiguranikom. O zahtjevu odlučuje nadležni sud.
- U slučaju poništenja zbog razloga navedenih u prethodnom stavku Osiguratelj ima pravo zadržati premije za razdoblje od dana podnošenja zahtjeva za poništenje, ali je u obvezi plaćanja osiguranog iznosa ako do toga dana nastupi osigurani slučaj.
- Pravo Osiguratelja da traži poništenje prestaje ako u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi osiguraniku



da se namjerava koristiti tim pravom, uz istodobnu obavijest ugovaratelju osiguranja.

13. Ako je osiguranik nenamjerno netočno prijavio ili je propustio dati dužne obavijesti, Osiguratelj može u roku od mjesec dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave izjaviti da raskida ugovorni odnos.
14. U slučaju iz prethodnog stavka ugovorni odnos prestaje nakon isteka 14 dana od dana kada je Osiguratelj svoju izjavu o raskidu priopćio osiguraniku uz istodobnu obavijest ugovaratelju osiguranja.
15. Ako se osigurani slučaj dogodio prije nego što je utvrđena netočnost ili nepotpunost prijave ili nakon toga, ali prije raskida ugovornog odnosa, osigurani iznos smanjuje se u razmjeru između stope plaćenih premija i stope premija koje bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.
16. Ako je osiguranik izazvao osigurani slučaj prijevaram, Osiguratelj nije obavezan ni na kakva davanja, a ako je prijevara otkrivena nakon isplate osiguranog iznosa, osiguranik je dužan sve iznose isplaćene na ime osiguranog iznosa po ovom osiguranju odmah po pozivu vratiti Osiguratelju zajedno sa zakonskom zateznom kamatom obračunatom od dana isplate osiguranog iznosa.
17. Osiguranik je dužan nadoknaditi Osiguratelju i eventualne sudske, te odvjetničke troškove koje je Osiguratelj snosio u sudskom postupku protiv njega zbog propusta osiguranika da doznači Osiguratelju uplate, a u smislu prethodnog stavka ovog članka, kao i sve troškove Osiguratelja utvrđene pravomoćnom sudskom odlukom.
18. Iznimno od odredaba o posljedicama netočnih prijava i prešućivanja okolnosti važnih za ocjenu rizika, za netočnu prijavu godina života u ugovoru o osiguranju života vrijedi sljedeće pravilo:
 - ugovor o osiguranju života je ništavan i Osiguratelj je dužan vratiti sve primljene premije ako su pri njegovu sklapanju netočno prijavljene godine života osiguranika, a njegove stvarne godine života prelaze granicu predviđenu u uvjetima i tarifama Osiguratelja.

Članak 6 – Polica osiguranja

1. Polica osiguranja je isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju koju Osiguratelj izdaje ugovaratelju osiguranja u jednom primjerku.
2. Polica osiguranja sadrži naziv Osiguratelja, ime i prezime ugovaratelja osiguranja, ime i prezime osiguranika, datum rođenja ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika, osigurani slučaj, rizik obuhvaćen osiguranjem, početak osiguranja, osigurane iznose, premiju osiguranja, korisnika osiguranja za slučaj smrti i smrti uslijed nesretnog slučaja, potpune trajne invalidnosti, bolničkog liječenja te loma kostiju, datum izdavanja Police osiguranja i potpise ugovornih strana.
3. Sastavni dijelovi Ugovora o osiguranju su: Polica osiguranja, obrazac o zdravstvenom stanju osiguranika kako je navedeno u članku 5 točki 2. ovih Općih uvjeta i ako je primjenjivo, te Dokument s informacijama o proizvodu osiguranja, koji su uručeni ugovaratelju osiguranja prije sklapanja Ugovora o osiguranju.

Članak 7 – Početak pokriva

1. Osiguranje počinje u 00:00 sati onoga dana koji slijedi nakon dana kada je ugovaratelj osiguranja potpisao Policu osiguranja i ostale potrebne obrasce Osiguratelja, uz uvjet da je do tog dana premija osiguranja plaćena u skladu s člankom 9 ovih Općih uvjeta. U protivnom, osiguranje počinje u 00:00 sati onoga dana koji slijedi nakon dana kada je plaćena premija osiguranja, a u skladu s člankom 9. ovih Općih uvjeta.

Članak 8 – Korisnik osiguranja

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

Članak 9 – Izračun i plaćanje premije osiguranja

1. Premija osiguranja utvrđena je cjenikom Osiguratelja, a određuje se prema visini ugovorenog osiguranog iznosa. Premija osiguranja obračunava se u kunama.
2. Pisana obavijest o visini premije osiguranja, iznosu osiguranja za osnovno i dopunska pokriva, načinu plaćanja i trajanju plaćanja premije daje se prije

sklapanja ugovora u Dokumentu s informacijama o proizvodu osiguranja te se dodatno navodi na Polici.

3. Premija osiguranja plaća se u mjesečnim obrocima.
4. Ugovaratelj osiguranja je dužan premiju osiguranja plaćati prema unaprijed ugovorenim rokovima, odnosno obrocima i na ugovoren način do prestanka Ugovora o osiguranju.
5. Premija osiguranja plaća se u punom iznosu, bez umanjenja na ime troškova platnog prometa, odnosno bankarske provizije.
6. Osiguratelj je dužan zaprimiti uplatu premije osiguranja od svake osobe koja ima pravni interes da premija osiguranja bude plaćena.

Članak 10 – Posljedice neplaćanja premije osiguranja

1. Ako ugovaratelj osiguranja na poziv Osiguratelja koji mu mora biti dostavljen preporučenim pismom ne uplati dospjelu premiju osiguranja u cijelosti u roku koji Osiguratelj odredi, a koji ne može biti kraći od mjesec dana, računajući od dana kad mu je pismo uručeno, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, Osiguratelj može izjaviti ugovaratelju osiguranja da raskida ugovor.
2. S obzirom na to da ovo osiguranje ne pruža pokriva za slučaj doživljenja, ugovaratelj osiguranja nema pravo na otkup Police osiguranja niti na njezinu kapitalizaciju.
3. Osiguratelj ima pravo iznos dospjele neplaćene premije odbiti od iznosa koji je dužan isplatiti ugovaratelju osiguranja, osiguraniku, korisniku osiguranja ili nekoj trećoj osobi na temelju ugovora o osiguranju.

Članak 11 – Istek pokriva

1. Pokriva završava:
 - nastupom osiguranog slučaja, izuzev naknade za boravak u bolnici i za lom kostiju
 - kada osiguranik navršši 75 godina života (nakon isteka dana nastupa 75. godine života)
 - u slučaju nastupa okolnosti naznačenih u članku 10 ovih Općih uvjeta, odnosno u slučaju raskida ugovora i sl.

Članak 12 – Prava i obveze ugovaratelja osiguranja

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

Članak 13 – Obveze Osiguratelja kod nastupa osiguranog slučaja

1. Osiguratelj je dužan isplatiti osiguraminu u roku od 14 dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio. Ako je za utvrđivanje postojanja osigurateljeve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti osiguraminu u roku od 30 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.
2. Na temelju sklopljenog Ugovora o osiguranju Osiguratelj je korisniku osiguranja dužan isplatiti:
 - osigurani iznos za slučaj smrti ako je smrt nastupila za vrijeme trajanja osiguranja
 - osigurani iznos za slučaj smrti zbog nesretnog slučaja ako je smrt zbog nesretnog slučaja nastupila za vrijeme trajanja osiguranja
 - osigurani iznos za slučaj potpune trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja ako je potpuna trajna invalidnost posljedica nesretnog slučaja koji je nastupio za vrijeme trajanja osiguranja
 - dnevnu naknadu za boravak u bolnici zbog liječenja od posljedice nesretnog slučaja ako je boravak u bolnici kao posljedica nesretnog slučaja nastupio za vrijeme trajanja osiguranja
 - osigurani iznos za slučaj loma kostiju kao posljedice nesretnog slučaja ako je nesretni slučaj nastupio za vrijeme trajanja osiguranja.
3. U slučaju višestrukih prijeloma kostiju zbog jednog nesretnog slučaja smatra se da je nastao jedan osigurani slučaj te Osiguratelj isplaćuje osigurani iznos za jedan osigurani slučaj. U slučaju dva nepovezana prijeloma, između kojih je proteklo barem 10 dana u tijeku jedne godine, svaki prijelom se smatra zasebnim osiguranim slučajem te će Osiguratelj isplatiti osigurani iznos za svaki osigurani slučaj zasebno.

Članak 14 – Pokriva za slučaj smrti

1. Za slučaj smrti Osiguranika kao posljedice osiguranog slučaja Osiguratelj plaća osigurani iznos za slučaj smrti određen u Polici osiguranja.
2. Za slučaj smrti zbog nesretnog slučaja smrt mora biti uzrokovana nesretnim slučajem. Smrt mora nastupiti unutar 12 mjeseci nakon nesretnog slučaja.
3. Tijekom prvih 12 mjeseci osigurani iznos za slučaj smrti od bolesti bit će jednak zbroju svih do tog trenutka plaćenih premija osiguranja od početka Ugovora o osiguranju, osim u slučaju promjene modela osiguranja i sklapanja police osiguranja s većim iznosom premije osiguranja u kojem slučaju se smatra da nije došlo do prekida trajanja ugovora o osiguranju. Ova odredba ne odnosi se na smrt zbog nesretnog slučaja.

Članak 15 – Pokriva za slučaj boravka u bolnici

1. Samo boravak u bolnici u trajanju od minimalno 24 sata zbog liječenja od posljedice nesretnog slučaja smatra se osiguranim slučajem.
2. Dva bolnička liječenja smatraju se dvama osiguranim slučajevima ako do drugog dođe nakon više od 90 dana od kraja prvog. U slučaju osiguranikova boravka u bolnici, kao posljedice osiguranog slučaja, Osiguratelj isplaćuje naknadu ugovorenu Policom osiguranja.



3. Naknada se isplaćuje najviše do 365 dana bilo za jedan bilo za više osiguranih slučajeva.
4. U bolnice, u smislu isplate naknade, ubrajaju se opće, specijalističke bolnice i klinike. Lječilišta, domovi i ustanove za rekreaciju ili odmor ne ubrajaju se u bolnice. Dnevna naknada za liječenje u bolnici nadoknađuje se isključivo za liječenje u bolnici na teritoriju Republike Hrvatske.

Članak 16 – Pokriće u slučaju potpune trajne invalidnosti

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

Članak 17 – Pokriće u slučaju loma kostiju

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

Članak 18 – Isključenje i ograničenje obveze Osiguratelja

1. Ugovorom o osiguranju nije obuhvaćeno i Osiguratelj nije u obvezi isplate ako nastupi osigurani slučaj vezan uz:
 - bilo koje stanje (posljedica, vraćanje na staro stanje ili ponovno pojavljivanje bolesti ili nezgode) koje je osiguranik imao na dan potpisa Police ili u vezi s kojim se je osiguranik konzultirao ili liječio kod bilo kojeg ovlaštenog liječnika ili ustanove prije potpisa Police
 - samoubojstvo u skladu sa Zakonom o obveznim odnosima
 - namjerno ubojstvo osiguranika počinjeno od korisnika osiguranja u skladu sa Zakonom o obveznim odnosima
 - ili prouzročen ratnim operacijama u skladu sa Zakonom o obveznim odnosima
 - bilo kakvo konzumiranje alkohola i/ili droge, zloropabu lijekova ili ostalih toksičnih supstanci
 - građanske nemire, terorizam, nered, pobune
 - tjelesnu ozljedu osiguranika tijekom vojnih vježbi oružanih snaga bilo koje zemlje ili organizacije
 - ionizirajuće zračenje ili kontaminaciju radioaktivnošću od nuklearnog goriva ili nuklearnog otpada
 - radioaktivna, toksična, eksplozivna ili druga opasna svojstva bilo kojeg eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegove nuklearne komponente
 - nezgode ili bolesti za koje osiguranik odbija prihvatiti razuman liječnički tretman
 - svojevoljno sudjelovanje osiguranika u bilo kakvom nezakonitom činu, kaznenom djelu ili prekršaju, činjenjem, nečinjenjem ili pokušajem činjenja ili nečinjenja, sudjelovanje u borbi, štetnoj i opasnoj radnji, te bijegu nakon takve radnje
 - aktivno sudjelovanje u tučnjavi, osim ako se radi o samoobrani
 - profesionalno bavljenjem sportom (profesionalni sportaš) ili sportom koji uključuje direktnu ili indirektnu novčanu naknadu
 - sudjelovanje u bilo kakvom natjecateljskom sportu (profesionalno ili amaterski) ili sportu koju uključuje pogon motora (uključujući utrke i trening vožnje), u boksu, hrvanju, borilačkim vještinama, kao i specijalnim aktivnostima kao što su podvodno ronjenje sa samostalnom opremom, speleologija, vožnja boba, skeleton, skijaški skokovi ili skakanje s trampolina, penjanje po stijenama, planinarske aktivnosti koje uključuju penjanje (po stijenama ili ledu), planinarsko skijanje ili bilo koje planinarenje na visinama iznad 3000 m, skakanje padobranom, sportsko padobranstvo, jedrilicarstvo, letenje zmajem ili drugim lakim letjelicama ili bungee jumping, osim u slučaju kada je to izjavljeno Osiguratelju prilikom sklapanja osiguranja i Osiguratelj je odlučio prihvatiti taj rizik
 - vožnju bilo kojeg vozila ili motornog broda ako osiguranik ne posjeduje valjanju važeću dozvolu, osim u slučaju kada je ona istekla te je osiguranik u trenutku nastanka osiguranog slučaja zatražio njezino produženje
 - lov u ograđenim i neograđenim lovištima
 - opasne aktivnosti kao što je rukovanje eksplozivnim ili vatrenim/hladnim oružjem
 - nadriječništvo

- samoinicijativno odabran kirurški zahvat ili bilo koji kozmetički kirurški zahvat, osim zahvata rekonstruktivne kirurgije
 - stanje koje je u vezi s psihičkom bolesti, mentalnim ili drugim poremećajem središnjega živčanog sustava, kao što su, npr. stres, anksioznost ili depresija i njima prouzročena stanja
 - HIV i/ili stanja izravno ili neizravno vezana uz HIV, uključujući AIDS
 - samoozljeđivanje, bilo u stanju ubroјivosti bilo u stanju neubroјivosti
 - zrakoplovnu nesreću ako osiguranik, bilo kao vojnik bilo kao civil, putuje u neregistriranom zrakoplovu i/ili putuje s osobom koja ne posjeduje odgovarajuću dozvolu za upravljanje zrakoplovom. Međutim pokrīće osiguranja vrijedi u slučaju da osiguranik putuje kao putnik u zrakoplovu s redovitim redom letenja javnog zračnog prijevoza s uobičajenim prijevoznikom i u zrakoplovu s više motora u vlasništvu kompanija ili pojedinaca, kojima upravljaju piloti s važećim dozvolama. U svakom slučaju, pokrīće članova posade zrakoplova tijekom obavljanja posla uvijek je isključeno
 - epidemijsku ili zaraznu bolest, tj. ako je uzrok opće izbijanje bolesti koja se prenosi bakterijama ili infekcijom i koja istodobno pogađa više osoba u jednoj populaciji
 - ako se osiguranik po pretrpljenom nesretnom slučaju ili početku bolesti, bez opravdanog razloga, nije prijavio liječniku, odnosno nije pozvao liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći ili ako nije poduzeo potrebne mjere radi liječenja, odnosno nije se pridržavao liječničkih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja.
2. Ne postoji obveza isplate osiguranog iznosa ako je osigurani slučaj nastupio u vrijeme obavljanja poslova:
 - koji se izvode na visini većoj od 3m ili pod zemljom prilikom obavljanja profesionalne djelatnosti
 - zaštitara
 - planinarskog vodiča, sudionika ekspedicije ili speleologa
 - ronioca
 - koji se izvode u kamenolomu, rudniku, tunelu i slično
 - radnika naftnih kompanija na platformama
 - deminera, minera ili pirotehničara
 - kaskadera ili osoblja cirkusa
 - profesionalnog vojnika, osim za vrijeme obavljanja administrativnih poslova vatrogasca, osim za vrijeme obavljanja administrativnih poslova
 - policajca, osim za vrijeme obavljanja administrativnih poslova
 - pilota i člana posade.
 3. Dokazivanje postojanja isključenja pada na teret Osiguratelja.

Članak 19 – Isključenja kod potpune trajne invalidnosti

1. Za slučaj potpune trajne invalidnosti, uz opća isključenja (Članak 18), Ugovorom o osiguranju nije obuhvaćeno i Osiguratelj nije u obvezi isplate:
 - ako nastupi osigurani slučaj kao nedostatak na koji se osiguranik poziva, a koji se ne može utvrditi laboratorijskim ispitivanjem, mikrobiološkim, biokemijskim sredstvima i/ili slikovnom dijagnostikom
 - ako se osiguranik bez opravdanog razloga ne odaziva na poziv za liječnički pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno na poziv liječničkog povjerenstva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ili liječnika cenzora Osiguratelja
 - ako nastupi osigurani slučaj kao posljedica transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osobe
 - ako nastupi osigurani slučaj kao posljedica liječenja bolesti ili nesretnog slučaja koji je postojao ili čiji uzrok potječe prije sklapanja Ugovora o osiguranju ili ima posljedice koje su nastale kasnije, a uzrok im je nastupio prije dana početka osiguratelnog pokrīća
 - ako je osiguranik svjesno ili namjerno prouzročio potpunu i trajnu invalidnost
 - ako je osiguranik svjesno ili namjerno prouzročio lom kostiju.
2. Dokazivanje postojanja isključenja pada na teret Osiguratelja.

Članak 20 – Isključenje pripisa dobiti

1. Prema ovom Ugovoru o osiguranju nema pripisa dobiti.

Članak 21 – Prijava osiguranog slučaja

1. Korisnik osiguranja ili bilo koja osoba koja polaže pravo na osigurani iznos o nastanku osiguranog slučaja treba bez odgode izvijestiti Osiguratelja.
2. Prijavljuje se pisano, na posebnom obrascu Osiguratelja, sa sljedećim dokumentima:
 - preslika Police ili Izjava o neposjedovanju Police osiguranja
 - preslika osobne iskaznice ili drugoga identifikacijskog dokumenta korisnika
 - u slučaju da je korisnik osiguranja maloljetna osoba, potrebno je dostaviti i rodni list ili presliku identifikacijskog dokumenta maloljetnog korisnika, te presliku osobne iskaznice ili drugoga identifikacijskog dokumenta zakonskog zastupnika odnosno skrbnika maloljetne osobe
 - u slučaju da je korisnik osiguranja osoba lišena poslovne sposobnosti potrebno je dostaviti presliku osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta skrbnika te presliku pravomoćnog rješenja Centra za socijalnu skrb o stavljanju korisnika pod skrbništvo i imenovanju podnositelja prijave skrbnikom korisnika.
3. U slučaju smrti osiguranika potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
 - presliku smrtnog lista ili izvotka iz matične knjige umrlih
 - presliku Potvrde o smrti, Otpusnog pisma ili drugog valjanog dokumenta iz kojeg je vidljiv uzrok smrti osiguranika
 - presliku kompletnog zdravstvenog kartona



- presliku medicinske dokumentacije vezane uz liječenje bolesti (otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.)
 - presliku pravomoćnog rješenja o nasljeđivanju u slučaju da su korisnici osiguranja ujedno i zakonski nasljednici
 - svaki drugi dodatni dokument koji Osiguratelj ima razumno pravo zahtijevati.
4. U slučaju potpune trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- presliku medicinske dokumentacije
 - presliku nalaza i mišljenja o oštećenju organizma – tjelesnom oštećenju koje izrađuje Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom
 - drugu dokumentaciju prema zahtjevu Osiguratelja koja je potrebna za utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za isplatu osiguranog iznosa.
5. U slučaju nesretnog slučaja potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- presliku smrtnog lista ili izvataka iz matične knjige umrlih
 - presliku Potvrde o smrti, Otpusnog pisma ili drugog valjanog dokumenta iz kojeg je vidljiv uzrok smrti osiguranika
 - presliku Zapisnika o očevidu (ako postoji)
 - presliku nalaza analize krvi i urina na alkohol (ako postoji)
 - presliku Obdukcijskog nalaza (ako postoji)
 - presliku pravomoćnog rješenja o nasljeđivanju u slučaju da su korisnici osiguranja ujedno i zakonski nasljednici
 - drugu dokumentaciju prema zahtjevu Osiguratelja koja je potrebna za utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za isplatu osiguranog iznosa.
6. U slučaju loma kostiju potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- preslika osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta osiguranika
 - preslika medicinske dokumentacije vezane uz liječenje
 - drugu dokumentaciju prema zahtjevu Osiguratelja koja je potrebna za utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za isplatu osiguranog iznosa.
7. U slučaju boravaka u bolnici potrebno je dostaviti dodatne dokumente osim navedenih u točki 2. ovog članka:
- presliku osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta osiguranika
 - presliku medicinske dokumentacija vezana uz liječenje
 - presliku otpusnog pisma iz kojeg je vidljiv datum prijema i trajanje bolničkog liječenja
 - drugu dokumentaciju prema zahtjevu Osiguratelja koja je potrebna za utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za isplatu osiguranog iznosa.

Članak 22 – Pregled i postupak vještačenja

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

Članak 23 – Zastara

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

Članak 24 – Zemljopisno područje

1. Područje obuhvaća cijeli svijet. Osigurani iznos za potpunu trajnu invalidnost plaća se pod uvjetom da je osiguranik na hrvatskom teritoriju ili u državi Europske unije gdje stanje invaliditeta može utvrditi liječnik kojeg je Osiguratelj za tu svrhu posebno odredio.

Članak 25 – Nadležni sud i nadzor

1. U slučaju spora iz Ugovora o osiguranju po ovim Općim uvjetima, u svim slučajevima nadležan je stvarno nadležni sud u Zagrebu.
2. Za nadzor nad društvom za osiguranje nadležna je HANFA (HRVATSKA AGENCIJA ZA NADZOR FINANCIJSKIH USLUGA), OIB: 49376181407, www.hanfa.hr

Članak 26 – Pritužbe

1. U slučaju nezadovoljstva pružanjem usluge osiguranja odnosno izvršenja obveze iz Ugovora o osiguranju poziva se ugovaratelja osiguranja, korisnika osiguranja ili osiguranika da podnesu pritužbu putem elektroničke pošte na adresu pritužbe@groupama.hr, poštom na adresu Groupama osiguranje d.d., Ulica grada Vukovara 284, Zagreb ili usmeno na zapisnik kod Osiguratelja.
2. Strane su suglasne i prihvaćaju da će sve sporove proizašle iz ovog Ugovora o osiguranju ponajprije pokušati rješavati mirnim putem u izvansudskom postupku kod Osiguratelja.

3. Strane su suglasne da će o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz Ugovora o osiguranju izvjestiti drugu stranu.

4. Pritužba treba sadržavati:

- ime i prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegova zakonskog zastupnika, odnosno, tvrtku, sjedište i ime i prezime odgovorne osobe podnositelja pritužbe koji je pravna osoba,
 - razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe,
 - dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe kada ih je moguće priložiti, a može sadržavati i isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se pritužba podnosi kao i prijedloge za izvođenje dokaza,
 - datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa,
 - punomoć za zastupanje, kada je pritužbu podnio punomoćnik.
5. O pritužbama, zahtjevima i svim spornim pitanjima odlučuje Komisija za pritužbe Osiguratelja.
6. Odgovor Komisije za pritužbe dostavlja se suprotnoj strani u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 dana od dana primitka pritužbe, a iznimno kad se odgovor ne može dati unutar navedenog roka, obavijestiti će podnositelja pritužbe o razlozima kašnjenja i naznačiti kada će postupak vjerojatno biti dovršen i kada će biti odgovoreno na pritužbu.
7. U slučaju neslaganja s odlukom Komisije za pritužbe, podnositelj pritužbe ima pravo na podnošenje pritužbe pravobranitelju osiguranja zbog kršenja kodeksa o poslovnoj etici osiguratelja i reosiguratelja, pokretanje postupka za mirno rješavanje sporova primjerice pred Centrom za mirenje pri Hrvatskoj gospodarskoj komori ili Centrom za mirenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje, ili može podnijeti tužbu nadležnom sudu.

Članak 27 – Završne odredbe

1. Na odnose između Osiguratelja, osiguranika, ugovaratelja osiguranja i korisnika osiguranja te ostalih osoba kojih se tiče, a koji nisu uređeni ovim Općim uvjetima i/ili Ugovorom o osiguranju, primijenit će se odredbe Zakona o obveznim odnosima.
2. Financijska izvješća i ostale informacije društva dostupne su na internetskim stranicama: www.groupama.hr.

Članak 28 – Porezne napomene

1. Premije osiguranja života ne podliježu plaćanju PDV-a, a ako nastupe obveze plaćanja poreza i naknada, platit će ih ugovaratelj osiguranja određen na Polici osiguranja.
2. Porez na životno osiguranje – reguliran je Zakonom o porezu na dohodak i Zakonom o porezu na dobit.

Članak 29 – Klauzula – borba protiv financiranja terorizma

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

Informacije ugovaratelju osiguranja prije sklapanja Ugovora o osiguranju

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

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

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

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

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

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

Podaci o posredniku u osiguranju

OTP banka dioničko društvo, OIB: 52508873833, MBS: 060000531 dobila je rješenjem Hrvatske narodne banke odobrenje za obavljanje poslova vezanih uz prodaju polica osiguranja u skladu s propisima koji uređuju osiguranje, te je Rješenjem Hrvatske agencije za nadzor financijskih usluga: Klasa: UP/I-453-06/06-03/280 od 14. prosinca 2006. g. dobila suglasnost za obavljanje djelatnosti zastupanja u osiguranju.

Osigurani rizici na temelju Ugovora o osiguranju

Osigurani rizici su:

- smrt
- smrt zbog nesretnog slučaja
- potpuna trajna invalidnost kao posljedica nesretnog slučaja
- boravak u bolnici zbog liječenja od posljedice nesretnog slučaja, te
- lom kostiju kao posljedica nesretnog slučaja.

Uvjeti osiguranja

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

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

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

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

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

Ugovaratelj osiguranja ima pravo odustati od Ugovora o osiguranju u skladu s člankom 4. st. 1 Općih uvjeta.

Vrijeme trajanje osiguranja

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

Pokriće po osiguranju počinje u skladu s člankom 7. Općih uvjeta.

Uvjeti za prestanak i raskid Ugovora

Razlozi prestanka osiguranja i pokrića navedeni su u Općim uvjetima u članku 2. st. 3., članku 11., članku 16. st. 3.

Uvjeti raskida osiguranja navedeni su u članku 4. st. 2. i 3. i članku 10. ovih Općih uvjeta, te člancima 932. i 933. Zakona o obveznim odnosima.

Isključenja obveze Osiguratelja

Skrećemo pozornost na to da Opći uvjeti sadrže odredbe o isključenju obveza Osiguratelja za isplatu osiguranog iznosa, pa Vas upućujemo na to da ih pažljivo pročitate u odredbama članka 18. i članka 19. Općih uvjeta.

Premija osiguranja, osigurani iznos i porezi

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

Osigurani iznos (pokriće) u slučaju smrti uslijed bolesti definiran je i u članku 14. st. 3., loma kostiju u članku 17. te boravka u bolnici u članku 15. ovih Općih uvjeta.

Način izračuna i plaćanja premije osiguranja određen je u članku 9. ovih Općih uvjeta.

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

Iznosi Premija osiguranja predstavljaju ukupan iznos plaćanja od strane ugovaratelja osiguranja, a ako se obračunavaju, svi dodatni doprinosi, porezi i drugi troškovi navedeni su na Polici osiguranja, te pojašnjeni u članku 28. Općih uvjeta.

Postupak rješavanja pritužbi

Pravo ugovaratelja osiguranja / osiguranika, te korisnika osiguranja i drugih imatelja određenih prava i obveza (dalje u tekstu: podnositelji pritužbe) na podnošenje pritužbe regulirano je člankom 26. Općih uvjeta.

Zaštita osobnih podataka

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

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

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

Mjerodavno pravo i nadzorno tijelo

Mjerodavno pravo je pravo Republike Hrvatske.

Nadzorno tijelo navedeno je u članku 25. Općih uvjeta.

Mjerodavno pravo kod Ugovora s međunarodnim elementom

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

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

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

U primjeni od 01. 04. 2022.