

| | | |
|----------------|--|--|
| SADRŽAJ | I. POJMOVI I ZNAČENJA | IV. ZAVRŠNE ODREDBE |
| | II. OPĆE ODREDBE | 1. Postupak vještačenja |
| | III. POSEBNE ODREDBE | 2. Izmjena uvjeta |
| | 1. Pojam nesretnog slučaja | 3. Obveze osiguranika odnosno ugovaratelja osiguranja |
| | 2. Početak i trajanje osiguranja | A. Dužnost prijavljivanja |
| | 3. Obveza Osiguratelja | B. Namjerna netočna prijava i prešućivanje |
| | 4. Ograničenje obveze Osiguratelja | C. Nenamjerna netočnost ili nepotpunost prijave |
| | 5. Isključenje obveze Osiguratelja | 4. Otkaz ugovora o osiguranju |
| | 6. Plaćanje premije i posljedice neplaćanje premije | 5. Zastara |
| | 7. Prijava nesretnog slučaja | 6. Pritužbe, prigovori i rješavanje sporova |
| | 8. Utvrđivanje prava korisnika | 7. Završne odredbe |
| | 9. Isplata osigurane svote | |
| | 10. Korisnici osiguranja | |

- I. POJMOVI I ZNAČENJA** Značenje pojedinih izraza u ovim Uvjetima:
- OSIGURATELJ** - Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, u nastavku Osiguratelj. Ugovorom o osiguranju obvezuje se na izvršenje obveze iz ugovora o osiguranju za osigurane rizike.
- UGOVARATELJ OSIGURANJA** - Osoba koja s Osigurateljom zaključuje ugovor o osiguranju.
- PONUĐITELJ OSIGURANJA** - Osoba koja s namjerom zaključenja osiguranja podnosi pismenu ponudu Osiguratelju.
- PONUĐA** - Pisani podnesak Osiguratelju kojom ponuditelj iskazuje svoju volju za sklapanje ugovora o osiguranju.
- OSIGURANIK** - Osoba zbog čije se smrti odnosno tjelesne ozljede vrši isplata naknade štete.
- KORISNIK OSIGURANJA** - Osoba kojoj se isplaćuje osigurana svota, odnosno naknada.
- PREMIJA OSIGURANJA** - Iznos koji naplaćuje Osiguratelj pri zaključenju ugovora o osiguranju.
- SVOTA OSIGURANJA** - Najveći iznos do kojega je Osiguratelj u obvezi. Utvrđuje se u polici prema sporazumu ugovornih strana.
- POLICA OSIGURANJA** - Isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju.
- OSIGURANI SLUČAJ** - Događaj prouzročen osiguranim rizikom. On mora biti budući, neizvjestan i nezavisan od isključive volje ugovaratelja i osiguranika.
- FRANŠIZA** - Sudjelovanje osiguranika u šteti.

Članak 1.

- II. OPĆE ODREDBE**
1. Posebni uvjeti za dopunsko osiguranje od posljedica nezgode (nesretnog slučaja) uz osiguranje života (u daljnjem tekstu Posebni uvjeti), sastavni su dio ugovora o osiguranju života, ugovora o mješovitom osiguranju djece i ugovora o osiguranju života povezanog s investicijskim fondovima koji su ugovoreni sa dopunskim osiguranjem od posljedica nezgode (nesretnog slučaja) (u daljnjem tekstu dopunsko osiguranje).
 2. Prema ovim Posebnim uvjetima može se ugovoriti osiguranje za slučaj:
 - a) smrti zbog nesretnog slučaja,
 - b) trajnog gubitka opće radne sposobnosti (invaliditeta) zbog nesretnog slučaja,
 - c) dnevne naknade za boravak u bolnici zbog liječenja od posljedica nesretnog slučaja.
 3. Prema ovim Posebnim uvjetima mogu se osigurati samo one osobe koje se mogu osigurati prema Općim uvjetima za osiguranje života.
 4. Ništetno je osiguranje od posljedica nesretnog slučaja kronično duševno bolesne osobe, osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti i osobe koja se prema pravilima i cjenicima Osiguratelja ne može osigurati od posljedica nesretnog slučaja.

III. POSEBNE ODREDBE

Članak 2.

- 1. Pojam nesretnog slučaja**
1. Nesretnim slučajem u smislu Posebnih uvjeta smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj, koji je djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika uzrokovao tjelesnu ozljedu ili smrt.
 2. U smislu prethodnog stavka nesretnim se slučajem naročito smatraju sljedeći događaji: gaženje, sudar, udarac nekim predmetom ili o neki predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem ili nekim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubod nekim predmetom, udarac, ujed životinje i ubod insekta, osim ako je takvim ubodom uzrokovana neka infektivna bolest.
 3. Nesretnim slučajem smatra se i sljedeće:
 1. trovanje hranom ili kemijskim sredstvima iz neznanja osiguranika, osim profesionalnih bolesti,
 2. infekcija ozljede uzrokovane nesretnim slučajem,
 3. trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti,
 4. opekotine uzrokovane djelovanjem vatre ili elektriciteta, vrućih predmeta, tekućina ili pare, kiselina, lužina i sl.
 5. davljenje i utapanje,
 6. gušenje i ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl.),
 7. istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju zbog naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima, ukoliko je to nakon ozljede utvrđeno u bolnici ili nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi,
 8. djelovanje svjetlosti, sunčanih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je osiguranik bio izložen neposredno zbog jednog, prije toga nastalog nesretnog slučaja ili se osiguranik našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti, ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog života,
 9. djelovanje rendgenskih ili radijamskih zraka, ako nastupi naglo ili iznenada, osim profesionalnih bolesti.
 4. Ovim Posebnim uvjetima obuhvaćeni su i nesretni slučajevi koje osiguranik može doživjeti kao putnik na redovnim linijama, odnosno službeno dozvoljenim letovima.

Putnikom se smatra osoba koja nije član posade aviona, nije službena osoba i nije ni na koji način vezana za opsluživanje aviona.
 5. Nesretnim slučajem u smislu Posebnih uvjeta ne smatraju se:
 1. zarazne, profesionalne i ostale bolesti, samoubojstvo ili samoozljeđivanje, kao i posljedice abnormnih psihičkih utjecaja,
 2. trbušne kile (hernija), kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu zbog neposrednog oštećenja trbušnog zida pod izravnim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je nakon ozljede utvrđena traumatska kila kod koje je klinički, uz kilu, utvrđena ozljeda mekih dijelova trbušnog zida u tom području,
 3. infekcije i bolesti koje nastanu zbog raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože,
 4. anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastalog nesretnog slučaja,
 5. hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, koccigodinija, ishialgija, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko-krstačne regije označene analognim terminima,
 6. odlijepljenje mrežnice (ablatio retinae) ranije bolesnog ili degenerativno promijenjenog oka, a iznimno se priznaje odlijepljenje mrežnice prije toga zdravog oka, ukoliko postoje znakovi direktne vanjske ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi,
 7. posljedice koje nastanu zbog delirijum tremensa ili drugih komplikacija alkoholizma kao i djelovanja droga ili zlorabe lijekova,
 8. posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se poduzimaju radi liječenja ili preventive, osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis),
 9. traumatske posljedice na patološki promijenjenim kostima i patološke epifiziolize,
 10. sistemske neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti,
 11. srčani infarkt ili nesretni slučaj kojemu je neposredno prethodio srčani infarkt kod već liječenog bolesnika zbog stanja koja se mogu dovesti u vezu s ovom bolešću,
 12. moždani udar ili nesretni slučaj kojemu je neposredno prethodio moždani udar kod već liječenog bolesnika zbog stanja koja se mogu dovesti u vezu s ovom bolešću,
 13. nesretni slučaj prouzročen poremećajem svijesti ili akutnim duševnim poremećajem kod već liječenog bolesnika zbog stanja koja se mogu dovesti u vezu s ovim poremećajem.

Članak 3.

- 2. Početak i trajanje osiguranja**
1. Ako je dopunsko osiguranje zaključeno ili obnovljeno istovremeno s osiguranjem života, Osigurateljva obveza počinje u skladu s Općim uvjetima za osiguranje života.
 2. Ugovaratelj može najkasnije 60 dana prije početka osiguravateljne godine pismeno zatražiti izmjene osiguranih svota, početka ili prestanka dopunskog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja. Početak i istek osiguravateljne godine dopunskog osiguranja moraju biti jednaki početku i isteku osiguravateljne godine osiguranja života.
 3. Ako je dopunsko osiguranje zaključeno kasnije, obveza Osiguratelja počinje početkom osiguravateljne godine, ako je do toga dana plaćena premija.
 4. Ako je premija plaćena sa zakašnjenjem, obveza Osiguratelja počinje u 00.00 satistjedećeg dana, računajući od dana kada je premija plaćena.
 5. Osiguranje prestaje u 24.00 sata, bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja onoga dana kada:
 1. nastupi smrt osiguranika ili bude ustanovljen invaliditet od 100%,
 2. osiguranik duševno oboli ili bude potpuno lišen poslovne sposobnosti,
 3. istekne osiguravateljna godina u kojoj osiguranik navrš 75 godina života.

Članak 4.

- 3. Obveza Osiguratelja**
1. Kad nastane nesretni slučaj u smislu Posebnih uvjeta Osiguratelja je obvezan isplatiti iznos ugovorene ugovorom o osiguranju, i to:
 1. osiguranu svotu za slučaj smrti zbog nezgode ako je nastupila smrt osiguranika,
 2. 150% osigurane svote za slučaj trajnog invaliditeta ako je zbog nesretnog slučaja nastupio potpuni (100%) trajni invaliditet osiguranika,
 3. naknadu za trajni invaliditet, ako je nastupio trajni invaliditet osiguranika.Naknada za trajni invaliditet je postotak osigurane svote za slučaj trajnog invaliditeta koji odgovara postotku trajnog invaliditeta ako je on manji ili jednak 50%. Ako je stupanj invaliditeta veći od 50%, tada preostali stupanj invaliditeta koji premašuje 50% donosi dvostruku naknadu. Ako je ugovorena franšiza, tada se naknada isplaćuje u cijelosti ako je zbog jednog nesretnog slučaja nastupio trajni invaliditet veći od ugovorenog postotka (franšize). Ako je nastupio trajni invaliditet manji ili jednak od ugovorenog postotka (franšize), naknada se ne isplaćuje.
 4. dnevnu naknadu ako je osiguranik boravio u bolnici radi liječenja od posljedica nesretnog slučaja.

Članak 5.

- 4. Ograničenje obveze Osiguratelja**
1. Osiguratelj nije u obvezi odnosno osigurane svote se smanjuju u razmjeru između premije koju je trebalo platiti, u skladu s važećim Osigurateljvim cjenicima i pravilima, i stvarno plaćene premije, ako nesretni slučaj nastane:
 1. pri upravljanju i vožnji zrakoplovom, letjelicom i zračnim strojevima svih vrsta kao i pri skokovima padobranom, osim u svojstvu putnika u javnom prijevozu,
 2. pri treningu i sudjelovanju osiguranika u javnim sportskim natjecanjima u svojstvu registriranog člana sportske organizacije, i to kod sportova koji predstavljaju povećani rizik (npr. kod nogometa, džuda, karatea, boksa, ragbija, hrvanja, skijaških skokova, alpinizma, ronilačkih sportova, automobilskih, motociklističkih i gokart brzinskih utrka, motokrosa i sl.),
 3. pri obavljanju zanimanja s povećanim rizikom (npr. pri rukovanju eksplozivima, oružjem, rad na visini, rad pod zemljom, izloženost zračenju i sl.),
 4. kod osoba s povećanim rizikom zbog bolesti, mana ili nedostataka
 5. na putovanju u krizna područja, trope ili sudjelovanjem u ekspediciji.

Članak 6.

- 5. Isključenje obveze Osiguratelja**
1. Isključene su u cijelosti sve obveze Osiguratelja ako je nesretni slučaj nastao:
 1. zbog potresa,
 2. zbog nuklearnih rizika,
 3. zbog rata, neprijateljstva ili ratu sličnih radnji;
 - građanskog rata, revolucije, ustanka, nemira koji nastanu iz takvih događaja,
 - zbog djelovanja mina, torpeda, bombi ili drugog ratnog oružja,
 - zarobljavanja, uzapćenja, ograničenja ili zadržavanja i posljedica tih događaja, ili pokušaja da se izvrše sabotaže ili teroristička djela počinjena iz političkih pobuda,
 - detonacije eksploziva, ako osoba koja ju je izazvala djeluje zlonamjerno ili iz političkih pobuda,
 - građanskih nemira, nasilja ili drugih sličnih događaja,
 - ostalih sličnih mjera koje provodi ili namjerava provesti neka vlast, odnosno druga slična organizacija koja se bori za vlast ili koja ima vlast,
 4. pri upravljanju svim vrstama zračnih uređaja, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja ovlašćuje vozača za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom zračnog aparata, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. U skladu s Posebnim uvjetima smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu, kada u svrhu pripremanja i polaganja ispita za dobivanje službene isprave, vozi uz neposredni nadzor službeno ovlaštenog stručnog instruktora. Smatra se da osiguranik ne posjeduje propisanu valjanu ispravu, ako je istekao rok njezina važenja ili mu je ista oduzeta,
 5. zbog pokušaja ili izvršenja samoubojstva osiguranika,
 6. zbog toga što je ugovaratelj, osiguranik ili korisnik namjerno uzrokovao nesretni slučaj,
 7. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju kaznenog djela s umišljajem kao i pri bijegu poslije takve radnje,
 8. zbog djelovanja alkoholnih i narkotičnih sredstava na osiguranika. Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola, ako je u vrijeme nastanka nesretnog slučaja koncentracija alkohola u krvi kod osiguranika bila viša od 0,5 promila, ili ako se osiguranik odbio podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti ili ako se bez obzira na udio alkohola u krvi, stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znake alkoholne poremećenosti. Obveza Osiguratelja postoji bez obzira na stanje opisano u ovoj točki ako je za nastali osigurani slučaj isključivo odgovorna treća osoba, osim ako je utvrđena koncentracija alkohola u krvi osiguranika bila veća od 1‰.
 2. Ugovor o osiguranju je ništetan, ako je u trenutku njegovog zaključenja osigurani slučaj nastao, bio u nastajanju, ili je bilo izvjesno da će nastati. U tom slučaju uplaćena premija se vraća ugovaratelju umanjena za troškove Osiguratelja.

Članak 7.

- 6. Plaćanje premije i posljedice neplaćanja premije**
1. Premija ovog dopunskog osiguranja utvrđena je cjenicima Osiguratelja, a ovisi o visini osiguranih svota.
 2. Za osiguranje osobe koja je podložna većoj opasnosti od nesretnog slučaja primjenjuju se dodaci na premiju ili smanjenje osiguranih svota, što je utvrđeno cjenicima i pravilima Osiguratelja.
 3. Premija osiguranja i osigurane svote ugovaraju se s valutnom klauzulom, a obračunavaju se u kunskoj protuvrijednosti ugovorene valute prema srednjem tečaju Hrvatske narodne banke.
 4. Ugovaratelj je obvezan premiju ovog dopunskog osiguranja plaćati unaprijed, zajedno s premijom osiguranja života, u rokovima navedenim u ponudi.
 5. Ako je ugovoreno plaćanje premije u obrocima, Osiguratelj pridržava pravo početkom svake osiguravateljne godine naplatiti cjelokupnu godišnju premiju.
 6. Ako premija koja je dospjela nakon zaključenja dopunskog osiguranja ne bude plaćena u roku, Osiguratelj poziva ugovaratelja preporučenim pismom da plati dospjelu premiju u roku utvrđenom u tom pismu, a koji ne može biti kraći od 30 dan od kada je pismo uručeno. Ako sva premija ne bude plaćena u roku navedenom u pismu, pokriće prestaje danom dospijanja prvog neplaćenog obroka premije.
 7. U svakom slučaju pokriće prestaje prema samom zakonu ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospjelosti.
 8. Osiguratelj ima pravo, prilikom isplate štete po bilo kojoj osnovi, odbiti od iznosa štete sve neplaćene obroke premije i eventualne zatezne kamate za osigurateljnu godinu u kojoj je nastupio osigurani slučaj.
 9. Kod obnove osiguranja, Osiguratelj neće naplaćivati premiju dopunskog osiguranja za vrijeme za koje ono nije bilo na snazi.

Članak 8.

- 7. Prijava nesretnog slučaja**
1. Osiguranik koji je zbog nesretnog slučaja ozlijeđen dužan je:
 1. odmah se prijaviti liječniku, odnosno pozvati liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i odmah poduzeti sve potrebne mjere radi liječenja, odnosno držati se liječničkih savjeta i uputa o načinu liječenja,
 2. o nesretnom slučaju pismeno obavijestiti Osiguratelj u roku od 30 dana od nastanka osiguranog slučaja,
 3. s prijavom o nesretnom slučaju pružiti Osiguratelju sve potrebne obavijesti i podatke, naročito o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime liječnika koji gaje pregledao i uputio na liječenje ili koji ga liječi, nalaz liječnika o vrsti i težini tjelesne ozljede, o nastalim eventualnim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima (članak 5. stavak 1. točka 4. Posebnih uvjeta) koje je osiguranik eventualno imao prije nastanka nesretnog slučaja.
 2. Stavak 1. točka 2. i 3. na odgovarajući se način primjenjuju na korisnika ukoliko su osiguranik i korisnik različite osobe.
 3. Ako je nesretni slučaj imao za posljedicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja dužan je podnijeti pismenu prijavu Osiguratelju u roku od 30 dana od dana smrti i pribaviti potrebnu medicinsku i ostalu dokumentaciju.
 4. Troškovi za liječnički pregled, izvještaje i ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje okolnosti nastanka nesretnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju padaju na teret podnositelja zahtjeva.

5. 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, kao i na svoj trošak poduzimati radnje u svrhu liječničkog pregleda osiguranika, putem svojih liječnika ili liječničkih komisija, kako bi se utvrdile važne okolnosti u vezi s prijavljenim nesretnim slučajem.

Članak 9.

- 8. Utvrđivanje prava korisnika**
1. Ako je zbog nesretnog slučaja osiguranik umro, korisnik je dužan podnijeti prijavu na tiskanici Osiguratelja, policu i dokaz da je smrt nastupila kao posljedica nesretnog slučaja. Korisnik koji nije ugovorom o osiguranju izričito ili imenom predviđen, dužan je podnijeti i dokaz o svojem pravu na primanje osigurane svote.
 2. Ako je nesretni slučaj imao za posljedicu invaliditet, osoba koja polaže pravo na isplatu dužna je podnijeti prijavu na tiskanici Osiguratelja, policu, dokaz o okolnostima nastanka nesretnog slučaja i medicinsku dokumentaciju.
 3. Konačni postotak invaliditeta Osiguratelj određuje sukladno Tablici za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) (u daljnjem tekstu Tablica invaliditeta).
 4. Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje osiguranika (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir pri određivanju postotka invaliditeta.
 5. U slučaju gubitka više udova ili organa zbog jednog nesretnog slučaja, postoci invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ se zbrajaju.
 6. Ako zbroj postotaka invaliditeta prema Tablici invaliditeta, nastao zbog gubitka ili oštećenja više udova i organa zbog jednog nesretnog slučaja, iznosi preko 100%, isplata ne može biti veća od osigurane svote koja je ugovorena za slučaj potpunog invaliditeta.
 7. Kod višestrukih ozljeda pojedinih udova ili organa, ukupni invaliditet na određenom udu ili organu ne može premašiti postotak koji je određen Tablicom invaliditeta za potpuni gubitak toga uda ili organa.
 8. Kod ozljeda pojedinih udova, organa ili organskih sustava koje su praćene višestrukim funkcionalnim ispadima ili drugim posljedicama od kojih je za svaki ispad, odnosno posljedicu Tablicom predviđen invaliditet, ukupni invaliditet određuje se tako da se najvećem postotku pribraja po 20% za svaki dodatni funkcionalni ispad za koji je predviđeno više od 50% invaliditeta, a po 10% za invaliditet za koji je Tablicom predviđeno 10-50% invaliditeta. Za invaliditet za koji je Tablicom predviđeno ispod 10%, ukupni invaliditet na pojedinom udu, organu ili organskom sustavu određuje se tako da se najvećem postotku pribraja 1/2 od sljedećeg, 1/4, 1/8 itd. Ukupni invaliditet u ovom slučaju ne može premašiti postotak koji je određen Tablicom invaliditeta za potpuni gubitak toga uda, organa ili organskog sustava.
 9. Ako je trajni invaliditet postojao prije nastanka nesretnog slučaja, obveza Osiguratelja određuje se prema novom invaliditetu, odnosno prema razlici između ukupnog postotka invaliditeta nakon nastanka nesretnog slučaja i postotka invaliditeta prije nastanka nesretnog slučaja.
 10. Ako je osiguranik zbog nesretnog slučaja boravio u bolnici radi liječenja od posljedica nesretnog slučaja, dužan je o tome podnijeti otpusno pismo bolnice u kojoj se liječio. To otpusno pismo mora sadržavati liječnički nalaz s potpunom dijagnozom, točne podatke o tome kada je i zbog čega započeto liječenje, te od kojeg do kojeg dana je osiguranik boravio u bolnici zbog liječenja od posljedica nesretnog slučaja.

Članak 10.

- 9. Isplata osigurane svote**
1. Kad se dogodi osigurani slučaj, osiguratelj je dužan isplatiti osigurninu određenu ugovorom u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od 14 dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio i potrebne pisane dokaze kojima se utvrđuje osnovanost odštetnog zahtjeva i njegova visina. Obavijestiu da se osigurani slučaj dogodio smatra se pisana obavijest o datumu i vremenu nastanka osigurane svote sa opisom tijeka osiguranog slučaja, naznakom sudionika i opisom drugih važnih okolnosti vezanih za nastanak osiguranog slučaja, sa priloženom dokumentacijom koja sadrži dokaze o činjenicama kojima se može dokazati da se osigurani slučaj dogodio te da su nastupile okolnosti zbog kojih je Osiguratelj u obvezi isplatiti osigurninu i u kojoj visini.
 2. Ako je za utvrđivanje postojanja osigurateljve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, osiguratelj je dužan isplatiti osigurninu određenu ugovorom, u roku od 30 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan ili ga obavijestiti o medicinskoj i ostaloj dokumentaciji koju je potrebno dostaviti, a temeljem koje se može utvrditi osnovanost i visina osigurateljve obveze.
 3. Ako iznos osigurateljve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1. i 2. ovog članka, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos neospornog dijela svoje obveze na ime predujma.
 4. Osiguratelj je dužan isplatiti ugovorenu svotu, odnosno naknadu samo ako je nesretni slučaj nastupio za vrijeme trajanja osiguranja i ako su posljedice nesretnog slučaja, predviđene u članku 2. ovih Posebnih uvjeta, nastupile tijekom godine dana od dana nastanka nesretnog slučaja.
 5. Konačni postotak invaliditeta određuje se prema Tablici invaliditeta poslije završenog liječenja ili za vrijeme liječenja, ukoliko je kod osiguranika u odnosu na pretrpljene ozljede i nastale posljedice nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema liječničkom predviđanju ne može očekivati da će se stanje pogoršati ili poboljšati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku treće godine od dana nastanka nesretnog slučaja, kao konačno stanje uzima se stanje po isteku tog roka i prema njemu se određuje postotak invaliditeta.
 6. Na konačnu ocjenu invaliditeta osiguranik može podnijeti prigovor u roku od 15 dana od primitka ocjene. Ukoliko se osiguranik slaže s konačnom ocjenom invaliditeta i potvrdi to svojim potpisom, smatrat će se da je po konkretnom osiguranom slučaju šteta u cijelosti nadoknađena kad iznos bude isplaćen u skladu s konačnom ocjenom.
 7. Ako poslije nastanka nesretnog slučaja nije moguće utvrditi konačni postotak invaliditeta, Osiguratelj može na zahtjev osiguranika isplatiti iznos koji neosporno odgovara postotku invaliditeta za koji se već tada, na temelju medicinske dokumentacije, može utvrditi da će trajno ostati.
 8. Ako osiguranik umre prije isteka godine dana od dana nastanka nesretnog slučaja, a od posljedica istog nesretnog slučaja, a konačni je postotak invaliditeta već bio ustanovljen, Osiguratelj isplaćuje razliku između osigurane svote za slučaj smrti i iznosa koji je bio isplaćen prije toga na ime invaliditeta.
 9. Ako konačni postotak invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre zbog istog nesretnog slučaja, Osiguratelj isplaćuje osiguranu svotu određenu za slučaj smrti, odnosno samo razliku te svote i već isplaćenog dijela (akontacije), ali samo ako je osiguranik umro najkasnije 3 godine od dana nastanka nesretnog slučaja.
 10. Ako prije utvrđenja konačnog postotka invaliditeta, u roku od 3 godine od dana nastanka nesretnog slučaja nastupi smrt osiguranika iz bilo kojeg drugog uzroka, visinu obveze Osiguratelja iz osnova invaliditeta utvrđuje liječnik na temelju postojeće medicinske dokumentacije.
 11. Ako nesretni slučaj ima za posljedicu osiguranikov boravak u bolnici ili specijaliziranoj medicinskoj ustanovi za rehabilitaciju (lječilištu, toplicama) radi liječenja od posljedica nesretnog slučaja, odobren na teret Zavoda za zdravstveno osiguranje, a ugovorena je isplata dnevne naknade, Osiguratelj nadoknađuje osiguraniku dnevnu naknadu u ugovorenoj visini za svaki dan boravka, a najduže do dana smrti ili konačno utvrđenog invaliditeta. Dnevna naknada po jednom osiguranom slučaju može se isplatiti za najviše 365 dana, a za boravak u specijaliziranim medicinskim ustanovama za rehabilitaciju (lječilišta, toplice) može se isplatiti za najviše 30 dana.
 12. Ako kao daljnja posljedica nesretnog slučaja nastupi smrt osiguranika ili invaliditet, Osiguratelj isplaćuje korisniku, odnosno osiguraniku, iznos osigurane svote predviđene za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za boravak u bolnici zbog liječenja od posljedica nesretnog slučaja

Članak 11.

- 10. Korisnici osiguranja**
1. Korisnik u slučaju smrti osiguranika utvrđuje se policom osiguranja.
 2. Ako korisnik nije određen na način iz prethodnog stavka, utvrđuje se na temelju Općih uvjeta za osiguranje uz koje je ovo Dopunsko osiguranje priključeno.
 3. Korisnik u slučaju invaliditeta i dnevne naknade za boravak u bolnici je sam osiguranik, ukoliko nije drukčije ugovoreno.
 4. U slučaju smrti osiguranika prije izvršenja isplate na ime trajnog invaliditeta ili dnevne naknade, isplata će se izvršiti zakonskim nasljednicima osiguranika, odnosno korisniku za slučaj trajnog invaliditeta, ukoliko osiguranik nije korisnik za slučaj trajnog invaliditeta.

IV. ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 12.

- 1. Postupak vještačenja**
1. U slučaju da ugovaratelj, osiguranik ili korisnik i Osiguratelj nisu suglasni u pogledu vrste, uzroka ili posljedica osiguranog slučaja i u pogledu visine obveze Osiguratelja, utvrđivanje spornih činjenica povjerit će se vještaku. Vještaka suglasno imenuju Osiguratelj i ugovaratelj odnosno osiguranik ili korisnik osiguranja. Za vještaka se ne može imenovati osoba koja je u radnom odnosu kod jedne od ugovornih strana.
 2. Svaka ugovorna strana snosi polovicu troškova vještačenja.

Članak 13.

- 2. Izmjena uvjeta**
1. Ako Osiguratelj izmjeni uvjete osiguranja ili cjenike tijekom trajanja osiguranja dužan je o tome izvjestiti ugovaratelja najkasnije 30 dana prije isteka tekuće osigurateljne godine.
 2. Ako ugovaratelj ne prihvati nove uvjete ili cjenike, ima pravo 30 dana nakon primitka izvješća otkazati ugovor. Ugovor prestaje vrijediti istekom tekuće osigurateljne godine.

3. Obveze osiguranika i ugovaratelja osiguranja

Članak 14.

- A. Dužnost prijavljivanja 1. Ugovaratelj osiguranja dužan je prijaviti osiguratelju prilikom sklapanja ugovora sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

Članak 15.

- B. Namjerna netočna prijava ili prešućivanje 1. 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 zahtjevati poništenje ugovora.
2. U slučaju poništenja ugovora iz razloga navedenih u stavku 1. ovog članka Osiguratelj ima pravo zadržati i naplatiti premije za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništenje ugovora, ali je u obvezi plaćanja osigurnine, ako do tog datuma nastupi osigurani slučaj.
3. Osigurateljevo pravo da zahtjeva poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.
4. Ako je osiguranjem obuhvaćeno više osobe, ugovor ostaje na snazi za one osobe na koje se ne odnosi namjerno dana netočna prijava ili prešućena okolnost ugovaratelja osiguranja.

Članak 16.

- C. Nenamjerna netočnost ili nepotpunost prijave 1. Ako je ugovaratelj osiguranja učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, osiguratelj može, po svom izboru, u roku od mjesec dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije razmjerno povećanom riziku.
2. Ugovor u tom slučaju prestaje nakon isteka četrnaest dana od kad je osiguratelj svoju izjavu o raskidu priopćio ugovaratelju u osiguranja, a u slučaju osigurateljeva prijedloga da se premija poveća, raskid nastupa po samom zakonu ako ugovaratelj osiguranja ne prihvati prijedlog u roku od četrnaest dana od kad ga je primio.
3. U slučaju raskida osiguratelj je dužan 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 nakon toga, ali prije raskida ugovora, odnosno prije postizanja sporazuma o povećanju premije, naknada se smanjuje u razmjeru između stope plaćenih premija i stope premija koje bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.

Članak 17.

4. Otkaz ugovora o osiguranju 1. Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju s neodređenim trajanjem ukoliko ugovor nije prestao po kojem drugom osnovu. Otkaz se obavlja pisanim putem najkasnije 3 mjeseca prije isteka tekuće osigurateljne godine.
2. Ako je osiguranje sklopljeno na rok dulji od pet godina, svaka strana može nakon proteka ovog roka, uz otkazni rok od šest mjeseci, pisanim putem izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.
3. Obavijest o otkazu dostavlja se pisanim putem, preporučeno, na adresu druge ugovorne strane.

Članak 18.

5. Zastara 1. Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarijevaju prema odredbama Zakona o obveznim odnosima.

Članak 19.

6. Pritužbe, prigovori i rješavanje sporova 1. Pritužba je izjava nezadovoljstva upućena Podružnici od strane zainteresirane osobe, a koja se odnosi na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenja obveza iz ugovora o osiguranju.
2. Prigovor je izraz nezadovoljstva upućen Podružnici vezano za odluke u postupku rješavanja odštetnih zahtjeva oštećenih osoba u postupku rješavanja odštetnih zahtjeva po izvanugovornoj odgovornosti za štetu, osim ako prigovor izjavi osiguranik, ugovaratelj osiguranja odnosno korisnik iz ugovora o osiguranju, u kom slučaju se smatra pritužbom.
3. Zainteresirane osobe kao potrošači, korisnici usluga distribucije osiguranja i pravne osobe koje imaju prava i obveze po ugovoru o osiguranju imaju pravo podnijeti pritužbu Osiguratelju u odnosu na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenja obveza iz ugovora o osiguranju.
4. Oštećenici u postupku rješavanja odštetnih zahtjeva iz izvanugovorne odgovornosti za štetu imaju pravo podnijeti prigovor Osiguratelju u izvansudskom postupku rješavanja sporova.
5. Pritužba / prigovor se mogu podnijeti usmeno na zapisnik ili dostaviti putem pošte na adresu Osiguratelja ili e-mail adresu: *primjedbe@sava-osiguranje.hr*
6. Rok za podnošenje pritužbe / prigovora protiv odluke ili postupanja Osiguratelja je 15 dana od dana kada je podnositelj pritužbe / prigovora primio odluku na koju podnosi pritužbu / prigovor, odnosno od dana kada je saznao za razlog pritužbe / prigovora.
7. Pritužba / prigovor mora sadržavati:
1) ime i prezime i adresu podnosioca pritužbe / prigovora koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno, tvrtku, sjedište i ime i prezime odgovorne osobe podnosioca pritužbe / prigovora koji je pravna osoba,
2) razloge pritužbe / prigovora i zahtjeve podnosioca,
3) dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe / prigovora 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 / prigovor podnosi kao i prijedloge za izvođenje dokaza,
4) datum podnošenja pritužbe / prigovora i potpis podnosioca odnosno osobe koja ga zastupa,
5) punomoć za zastupanje, kada je pritužba / prigovor podnesen po punomoćniku.
8. Osiguratelj je dužan pisano odgovoriti na pritužbu / prigovor u roku od 15 dana od dana zaprimanja pritužbe / prigovora.
9. Stranke su suglasne da će sve sporove rješavati mirnim putem.
10. Sve sporove stranka može uputiti na mirenje pred jednom od organizacija za mirenje u Republici Hrvatskoj (primjerice pri Hrvatskoj gospodarskoj komori ili Centru za mirenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje), no preduvjet je da stranke pokušaju mirno riješiti nastali spor. Ako ti sporovi pred nadležnim organizacijama za mirenje ne budu riješeni mirenjem u roku od 60 (šezdeset) dana od dana podnošenja prijedloga za pokretanje postupka mirenja ili u drugom roku o kojem se stranke dogovore, stranke neće imati nikakvih obaveza prema ovoj odredbi. U svakom slučaju stranka ima pravo izabrati i pravni put pred nadležnim sudom ili tijelom.
11. Pored gore navedenog, ako zainteresirana osoba smatra da Osiguratelj ne postupa u skladu sa svojim obvezama, može o tome podnijeti predstavku Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga.

Članak 20.

7. Završne odredbe 1. Sastavni dio ovih Uvjeta su Tablice za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode).
2. U slučaju neslaganja neke odredbe Uvjeta i odredbe police primjenit će se odredbe police.
3. Ugovaratelj je dužan, uz ugovorenu premiju, platiti i sve doprinose i poreze, koji budu uvedeni propisima.
4. Za odnose između Osiguratelja, ugovaratelja, osiguranika i korisnika te ostalih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulirani ovim Uvjetima primjenit će se odredbe Zakona o obveznim odnosima.
5. Na ugovor o osiguranju te na rješavanje pritužbi i sporova primjenjuje se hrvatsko pravo kao mjerodavno.
6. U slučaju spora stranke ugovaraju nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu.
7. Za nadzor Osiguratelja nadležna je Agencija za zavarovalni nadzor (AZN), Ljubljana, Slovenija (web: www.a-zn.si), a u mjeri propisanoj Zakonom o osiguranju i Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga (HANFA), Zagreb, Hrvatska (web: www.hanfa.hr).
8. Na osiguranja zaključena prema ovim Posebnim uvjetima podredno se primjenjuju Opći uvjeti za osiguranje života, ukoliko oni nisu u suprotnosti s ovim Posebnim uvjetima.