

Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb

SP-NEZ 2019

1. člen

SPLOŠNE DOLOČBE

(1) Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju oseb, sklenjene med zavarovalcem in družbo Croatia osiguranje d.d., Vatroslava Jagića 33, 10000 Zagreb, ki opravlja zavarovalne posle preko podružnice CROATIA zavarovanje d.d. podružnica Ljubljana, Drenikova ulica 36, 1000 Ljubljana, matična številka: 7078412000, ID št. za DDV: SI82506507 (v nadaljevanju zavarovalnica). Dostop do poročila o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice Croatia osiguranje d.d. je možen na spletni strani www.croatiazavarovanje.si.

(2) S temi splošnimi pogoji se urejajo odnosi med zavarovalnico in zavarovalcem za sledeče posledica nezgode:

- 1) smrt,
- 2) trajna invalidnost (popolna ali delna),
- 3) prehodna nesposobnost za redno delo (dnevno nadomestilo),
- 4) okvaro zdravja, zaradi katere je potrebna zdravniška pomoč (stroški zdravljenja),
- 5) dnevno nadomestilo zaradi nastanitve in zdravljenja v bolnišnici (bolnišnični dan).

(3) Ostali primeri se urejajo s posebnimi in dopolnilnimi pogoji ali s posebnimi določili na zavarovalni polici.

(4) Izrazi, navedeni v splošnih pogojih, pomenijo:

- 1) **zavarovalec** – fizična ali pravna oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
- 2) **ponudnik** – oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen predloži ponudbo zavarovalnici;
- 3) **ponudba** – obrazec zavarovalnice, ki vsebuje bistvene elemente zavarovalne pogodbe;
- 4) **zavarovanec** – oseba, od katere smrti, invalidnosti ali zdravljenja zaradi telesne poškodbe je odvisno izplačilo zavarovalnice;
- 5) **trajna invalidnost** – popolna ali delna izguba organov, trajna popolna ali začasna izguba funkcije organa ali posameznih delov organa, po zaključenem zdravljenju;
- 6) **upravičenec** – oseba, ki ji zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto oziroma njen ustrezn del ali nadomestilo;
- 7) **zavarovalnina** – znesek, ki ga izplača zavarovalnica in predstavlja obveznost zavarovalnice za posamezen zavarovalni primer;
- 8) **zavarovalna vsota** – največji znesek obveznosti zavarovalnice;
- 9) **premija** – znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi;
- 10) **polica** – listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
- 11) **zlom** – prelom kosti, kot tudi poka ali odlom kosti (fisura in abrupcija);
- 12) **izpah** – popolni izpah kosti v sklepu.

2. člen

SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

(1) Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko zavarovalec in zavarovalnica podpišeta polico ali potrdilo o kritju.

(2) Zavarovalna pogodba se lahko sklene tudi na podlagi pisne ponudbe. Zavarovalnica ima pravico zahtevati, da ponudnik za sklenitev zavarovalne pogodbe predloži pisno ponudbo na posebnem obrazcu zavarovalnice.

(3) Zavarovalnica ima pravico v roku 8 dni po prejemu ponudbe postaviti posebne pogoje za sprejem ponudbe. Če zavarovalnica odkloni pisno ponudbo, je dolžna v roku 8 dni od dneva, ko je ponudbo prejela, o tem

pisno obvestiti ponudnika. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih se sklepa predlagano zavarovanje, se šteje, da je zavarovalnica ponudbo sprejela in da je zavarovalna pogodba sklenjena.

(4) Pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, ima zavarovalec pravico, da v roku 14 dni od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe odstopi od zavarovalne pogodbe, ne da bi mu bilo treba navesti razlog za svojo odločitev. Odstopna izjava mora biti podana v pisni obliki, na naslov CROATIA zavarovanje d.d. podružnica Ljubljana, Drenikova ulica 36, 1000 Ljubljana, pri čemer se šteje, da je odstop pravočasen, če je odstopna izjava do izteka roka priporočeno oddana na pošti. Zavarovalnica je v tem primeru upravičena obdržati zavarovalno premijo za vsak dan zavarovalnega kritja.

(5) Zavarovalna pogodba je nična, če je tedaj, ko je bila sklenjena, zavarovalni primer že nastal, če je bil že v nastajanju ali je bilo gotovo, da bo nastal, ali če je tedaj že prenehala možnost, da bi nastal. Že plačana premija se v takem primeru vrne zavarovalcu.

(6) Zavarovalna pogodba in vsi dodatki k pogodbi so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.

3. člen

OSEBE, KI JIH JE MOGOČE ZAVAROVATI

(1) Zavarujejo se lahko osebe od dopolnjenega 14. do dopolnjenega 75. leta starosti. Osebe, mlajše od 14 let in starejše od 75 let, se lahko zavarujejo po posebnih ali dopolnilnih pogojih.

(2) Duševno bolne osebe in osebe, ki jim je bila popolnoma odvzeta poslovna sposobnost se ne morejo zavarovati, razen če z zakonskimi predpisi ni drugače določeno.

4. člen

NEZGODA

(1) Za nezgodo po teh splošnih pogojih se šteje nenaden, nepredvidljiv in od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo telo ter povzroči njegovo smrt, delno ali popolno invalidnost, prehodno nesposobnost za delo, ali okvaro zdravja, zaradi katere je potrebna zdravniška pomoč.

(2) Nezgodo v smislu prejšnjega odstavka predstavljajo zlasti: povozitev, trčenje, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, strmoglavljenje, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, udarec ali ugriz ali pik živali, razen če ugriz ali pik živali povroči infekcijsko bolezen.

(3) Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvidljivi in od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:

- 1) zastropitev zaradi nehotenega zaužitja strupa ali kemičnih sredstev, razen poklicnih obolenj;
- 2) okužba rane, ki je nastala zaradi nezgode;
- 3) zastropitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
- 4) opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislina in lužinami;
- 5) zadavitev in utopitev;
- 6) dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno);
- 7) prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanega dogodka, vendar le, če povzročijo najmanj popolno pretrganje mišic, popoln izpah sklepa, popolno pretrganje sklepnih vezi, popoln prelom zdravih kosti, odlom ali izgubo stalnih zdravih zob, če so bile te poškodbe neposredno po nezgodi ugotovljene v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
- 8) delovanje svetlobe, sončnih žarkov ali temperature, če je bil zavarovanec takšnemu delovanju izpostavljen zaradi nezgode,

ki se je zgodila neposredno pred tem ali zaradi reševanja človeškega življenja.

- (4) Za nezgodo se po splošnih pogojih ne štejejo:
- 1) bolezni - navadne, nalezljive, poklicne bolezni, kakor tudi ne bolezni, ki se prenašajo z ugrizom ali pikom živali (klopni meningitis, borelioza in podobno);
 - 2) okužba z virusi ali salmonelo ali ostalimi patogenimi bakterijami;
 - 3) stanja psihičnih disfunkcij (posttravmatska stresna motnja, depresivna in anksiozna stanja, organske osebnostne motnje in podobno) ne glede na vzrok;
 - 4) trebušne, popkove, vodne in druge kile, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanične sile in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju;
 - 5) infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi rezanja ali trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter aktinčno povzročene bolezni;
 - 6) vse oblike alergij in anafilaktični šok;
 - 7) prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanje dogodka, ki ne povzročijo posledic, navedenih v 7. tč. 3. odst. tega člena in niso bile neposredno po poškodbi ugotovljene v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
 - 8) medvretenčne kile (hernie disci intervertebralis), vse vrste lumbalgij, diskopatij, sakralgij, cervicobrahialgij ter drugih oblik draženja živčnih korenin, miofascitisov, kokcigidij, ishialgij, fibrozitov in vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini ter ponavljajoči (habitualni ali recidivni) izpah ali izvin na istem sklepu, ne glede na vzrok;
 - 10) odstop mrežnice (ablatio retinae) ne glede na vzrok;
 - 11) posledice, ki nastanejo zaradi delirium tremensa in delovanja mamil ter drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil;
 - 12) posledice medicinskih, posebej operativnih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni;
 - 13) patološke spremembe na kosteh, zobovju, hrustancu, kot tudi posledice nezgode na patološko spremenjenih kosteh, zobovju, hrustancu;
 - 14) sistemske nevrološke in endokrine bolezni.

5. člen

TRAJANJE ZAVAROVANJA

- (1) Zavarovalna pogodba se lahko sklene za določen rok trajanja ali za nedoločen rok trajanja, ki se nadaljuje iz leta v leto (permanentno zavarovanje).
- (2) Če ni izrecno drugače dogovorjeno in določeno v zavarovalni polici, učinkuje zavarovalna pogodba od 24. ure tistega dne, ki je na polici označen kot dan začetka zavarovanja in preneha po 24. uri tistega dne, ki je na polici označen kot dan prenehanja zavarovanja.
- (3) Če trajanje zavarovanja ni določeno v zavarovalni pogodbi, sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije, pri čemer mora o odstopu pisno obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije.
- (4) Če je zavarovanje sklenjeno na več kot 3 leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.
- (5) Zavarovanje v vsakem primeru preneha ob 24. uri tistega dne, ko:
- 1) zavarovanec umre ali se pri njem ugotovi 100 % invalidnost;
 - 2) zavarovanec postane poslovno nesposoben;
 - 3) poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 75. let starosti;
 - 4) poteče rok po 9. odst. 9. člena splošnih pogojev, premija ali premijski obrok pa ni bil plačan;
 - 5) je odpovedana pogodba skladno s 14. členom splošnih pogojev.

(6) Če ni izrecno drugače dogovorjeno in določeno v zavarovalni polici, se jamstvo zavarovalnice prične ob 24. uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne prej kot ob 24. uri dne, ko je bila plačana prva premija ali premijski obrok.

6. člen

OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

(1) Zavarovalno kritje po teh pogojih je izrecno dogovorjeno na zavarovalni polici. Zavarovalno kritje lahko vključuje izplačilo zavarovalnine za primer nezgodne smrti, trajne invalidnosti, prehodne nesposobnosti za delo, izplačilo nadomestila za bolnišnični dan in povrnitev stroškov zdravljenja. Ob nastanku zavarovalnega primera, v odvisnosti od na polici dogovorjenega zavarovalnega kritja, zavarovalnica izplača:

- 1) **Nezgodna smrt:** zavarovalno vsoto za smrt, če je zavarovanec zaradi nezgode umrl oziroma zavarovalno vsoto za smrt v prometni nesreči, če je zavarovanec zaradi nezgode umrl v prometni nesreči;
- 2) **Trajna invalidnost:** zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zaradi nezgode pri zavarovancu nastopila 100% invalidnost oziroma odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku invalidnosti po Tabeli invalidnosti, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid. Za posledice poškodb, ki niso eksplicitno navedene v Tabeli invalidnosti, zavarovalno kritje po teh pogojih ni podano.
- 3) **Prehodna nesposobnost za delo:** dnevno nadomestilo, če je bil zavarovanec zaradi nezgode prehodno popolno nesposoben za za opravljanje svojih rednih delovnih nalog, skladno s 9. odst. 12. člena člena teh splošnih pogojev;
- 4) **Bolnišnični dan:** nadomestilo za bolnišnični dan skladno s 11. odst. 12. člena splošnih pogojev;
- 5) **Stroški zdravljenja:** povračilo stroškov zdravljenja skladno s 10. odst. 12. člena splošnih pogojev;
- 6) ostale pogodbene obveznosti po posebnih ali dopolnilnih pogojih.

(2) Če je na polici vloga osebe in dejavnost izrecno navedena, nastane obveznost zavarovalnice iz prejšnjega odstavka takrat, če pride do nezgode pri opravljanju tiste dejavnosti, ki je v polici izrecno navedena (na primer pri opravljanju in izven opravljanja rednega poklica ali samo pri opravljanju določenega poklica ali dejavnosti, kot na primer športnik, lovec, voznik ali potnik v motornem vozilu, izletnik, gasilec in podobno).

(3) Zavarovalnica je v obvezi samo za nezgode, nastale med trajanjem zavarovalnega kritja in le za tiste posledice nezgode, ki so nastopile in bile ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

7. člen

OMEJITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

(1) Zavarovalnica izplača 50% zavarovalnine, če je bil zavarovanec v nezgodi udeležen kot sopotnik pri vožnji z vozilom, katerega voznik je ob nezgodi pod vplivom alkohola, mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil oziroma je bil voznik brez veljavnega voznškega dovoljenja;

(2) Če zavarovanec ob nezgodi ni uporabljal zaščitne čelade, ni bil pripet z varnostnim pasom oziroma ni ravnal v skladu s pravili cestnega prometa kot jih določa področna zakonodaja in druga veljavna pravila, zavarovalno kritje po teh splošnih pogojih ni podano.

(3) Zavarovalnica ne izplača zavarovalnine v deležu, ki se nanaša na povečan obseg telesnih poškodb, podaljšano zdravljenje in povezane povečane materialne stroške, ki so nastali, ker se zavarovanec ni držal navodil lečečega zdravnika.

(4) Če so na obseg posledic nezgode vplivala tudi predhodno obstoječa obolenja, degenerativne spremembe, stanja ali hibe, se obveznost zavarovalnice zmanjša v sorazmerju z deležem vpliva teh predhodno obstoječih stanj na obseg posledic nezgode. Delež vpliva predhodno obstoječih stanj na obseg nastale škode določi zdravnik cenzor.

IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- (1) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:
- 1) zaradi potresa, naravnih nesreč, onesnaženja okolja, posrednega ali neposrednega delovanja jedrske energije ali radioaktivnega sevanja;
 - 2) zaradi vojnih dogodkov, demonstracij, terorističnih dejanj ali sabotaj in zaradi aktivne udeležbe zavarovanca v takih dogodkih;
 - 3) pri upravljanju vseh vrst vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje s to vrsto vozil. Šteje se, da ima zavarovanec predpisano vozniško dovoljenje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja vozi pod neposrednim nadzorstvom osebe, ki sme poučevati;
 - 4) v primeru, ko je zavarovanec upravljal z vozilom, ki ni imelo veljavnega dovoljenja za obratovanje / uporabo v prometu (prometno dovoljenje);
 - 5) zaradi poskusa ali izvršitve samomora zavarovanca;
 - 6) zaradi tega, ker je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec namerno povzročil nezgodo;
 - 7) pri pripravi, poskusu ali izvršitvi kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju;
 - 8) zaradi kakršnekoli motnje zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta ali drugega bolezenskega stanja zavarovanca, ter zaradi vseh posledic nezgode, ki nastanejo zaradi slabosti oziroma bolezni;
 - 9) pri pretepu, razen v primeru s pravnomočno sodno odločbo dokazanega silobrana ali skrajne sile;
 - 10) kot posledica vseh oblik žarčenja, višinske in potapljaške bolezni, kot tudi pretirani izpostavljenosti svetlobi, sončnim žarkom in spremembi temperature, razen v primeru reševanja tujega življenja;
 - 11) pri posebno nevarnih opravilih, kot npr: demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih vlogah, izvajanje profesionalnih in vrhunskih športnih aktivnosti, poklicno potapljanje;
 - 12) pri osebah, ki so ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolne, ali imajo prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti, zaradi česar je njihova splošna delovna sposobnost po splošnih pogojih in Tabeli invalidnosti zmanjšana za več kot 50 %;
 - 13) pri upravljanju in vožnji z letali in letalnimi napravami vseh vrst, razen za potnike v javnem prometu;
 - 14) pri dirkah z motornimi vozili ne glede na vrsto in kategorijo vozila in pri treningih za dirko;
 - 15) pri športnem udeleževanju na treningih ter športnih tekmovanjih, na katerih zavarovanec sodeluje kot registriran član športne organizacije ali društva;
 - 17) zaradi uporabe drog oz. drugih psihoaktivnih substanc ali zaradi prekomerne uporabe zdravil, v nasprotju z navodili lečečega zdravnika. Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi dokazane vzročne zveze delovanja mamil oz. psihoaktivnih substanc na zavarovanca, če se s strokovnim pregledom ugotovi prisotnost teh substanc, ali če je zavarovanec odklonil ali se izmaknil možnosti ugotavljanja prisotnosti mamil oz. psihoaktivnih substanc v njegovem organizmu.
 - 18) zaradi delovanja alkohola na zavarovanca ob nezgodi. Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola:
 - a) če ima zavarovanec kot upravljevec vozila zaradi uživanja alkoholnih pijač v krvi več kot 0,50 grama alkohola na kilogram krvi oziroma če ima več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka;
 - b) če je imel zavarovanec ob drugih nezgodah več kot 1 gram alkohola na kilogram krvi ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka;
 - c) če se ne glede na koncentracijo alkohola v krvi ugotovi, da kaže znake alkoholiziranosti;
 - d) če je alkotest pozitiven, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno ali analizo urina natančno ugotovljena stopnja

njegove alkoholiziranosti, razen če odvzem krvi ogroža njegovo zdravje (npr. hemofilija);

- e) če se po nezgodi izmakne preiskavi svoje alkoholiziranosti oziroma jo odkloni ali konzumira alkohol, tako da onemogoči ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi, oziroma stopnje alkoholiziranosti v trenutku nastanka nezgode.
- 19) Obveznost zavarovalnice je izključena tudi za nezgode, pri katerih nastanejo poškodbe vratu ali vratne hrbtenice zavarovanca, če te poškodbe niso medicinsko dokumentirane najkasneje v roku 48 ur po nezgodi.

9. člen

PLAČILO PREMIJE IN POSLEDICE NEPLAČILA PREMIJE

- (1) Zavarovalec je dolžan plačati premijo v enkratnem znesku ob sklenitvi zavarovalne pogodbe za celotno zavarovalno dobo, če ni drugače dogovorjeno. V primeru dolgoročnih zavarovanj ali zavarovanj z nedoločenim trajanjem pa je zavarovanec dolžan plačati prvo premijo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe, naslednje premije pa prvi dan vsakega zavarovalnega leta, če ni drugače dogovorjeno.
- (2) Zavarovalec mora premijo zavarovalnici plačevati na svoje tveganje in na svoje stroške.
- (3) Če je premija plačana po pošti ali banki, velja za čas plačila dan, ko je bil znesek premije pravilno vplačan na pošti ali banki.
- (4) Če je dogovorjeno, da se premija plačuje v obrokih in obrok ob dospelosti ni plačan, lahko na podlagi izjave zavarovalnice zapade v plačilo celoletna premija. Dogovor o obročnem plačevanju premije je s tem odpovedan.
- (5) V primeru zamude s plačilom premije ali obroka premije, zavarovalnica zavarovalcu zaračuna zakonske zamudne obresti od dneva zapadlosti premije ali dela premije do dneva plačila. V primeru, da pride do zavarovalnega primera, zapade z dnem nastanka zavarovalnega primera v plačilo zavarovalna premija za celotno zavarovalno obdobje.
- (6) Obračun zapadle premije po polici se opravi pred obračunom in izplačilom zavarovalnine. V primeru izplačila zavarovalnine zaradi smrti ali popolne invalidnosti, zapade v plačilo premija za celotno zavarovalno obdobje. Zapadla premija se obračuna pri zavarovalnici.
- (7) Če je bila glede na dogovorjeni čas zavarovanja v zavarovalni pogodbi določena nižja premija, zavarovanje pa je iz kateregakoli razloga prenehalo pred potekom tega časa, ima zavarovalnica pravico terjati razliko do tiste (višje) premije, ki bi jo moral zavarovalec plačati, če bi bila pogodba sklenjena le za toliko časa, kolikor je resnično trajala.
- (8) Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, preneha v primeru, če zavarovalec ne plača do zapadlosti zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po 30 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče 30 dni od zapadlosti premije.
- (9) Če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati ob sklenitvi pogodbe, oziroma druge in naslednjih premij in, če je bil zavarovalec na to možnost opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja, lahko zavarovalnica po izteku 30 dni od vročitve navedenega priporočenega pisma zavarovalnice, razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka, s tem da razdrtje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka 30 dni od vročitve priporočenega pisma zavarovalnice.
- (10) Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz osmega odstavka tega člena, vendar v enem letu od zapadlosti premije in zavarovalnica zavarovalne pogodbe ni odpovedala, je zavarovalnica dolžna, če nastane zavarovalni primer, plačati odškodnino oziroma zavarovalnino od 24. ure dneva, ko je bila plačana premija in zamudne obresti.

10. člen

SPREMEMBA NEVARNOSTI MED TRAJANJEM ZAVAROVANJA

(1) Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan prijaviti zavarovalnici spremembo svojih rednih delovnih nalog.

(2) V primeru, da se je zaradi te spremembe povečala nevarnost, bo zavarovalnica zavarovalcu predlagala povišanje premije. V primeru, da se je zaradi spremembe nevarnost zmanjšala, bo zavarovalnica zavarovalcu predlagala znižanje premije ali povečanje zavarovalnih vsot. Tako določene premija in zavarovalne vsote veljajo od dneva spremembe delovnih nalog.

(3) Če zavarovalec oziroma zavarovanec ne prijavi spremembe delovnih nalog, ali ne pristane na povišanje ali znižanje premije v roku 14 dni od dneva, ko je prejel predlog zavarovalnice, se v primeru nastanka zavarovalnega primera zavarovalne vsote zvišajo ali znižajo v sorazmerju med plačano premijo in premijo, ki bi morala biti plačana.

11. člen

PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

(1) Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode, je dolžan:

- 1) takoj oziroma najkasneje v roku 3 dni po nastanku poškodbe obiskati oziroma poklicati zdravnika zaradi pregleda in nudenja potrebne medicinske pomoči, nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter se glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih;
- 2) zavarovalnici pisno prijaviti nezgodo na predpisanem obrazcu v roku 3 dni po nezgodi oziroma takoj, ko mu zdravstveno stanje to omogoča;
- 3) v prijavi nezgode navesti zavarovalnici vsa dejstva in predložiti vsa potrebna dokazila, zlasti podatke o času in kraju nezgode, opis poteka dogodka, ime zdravnika, predložiti medicinsko in drugo dokumentacijo o poteku zdravljenja, predhodnih in nastalih telesnih poškodbah ipd. Upravičenec pridobi potrebna dokazila na svoje stroške;
- 4) v primeru, da je nezgoda posledica prometne nesreče, obvestiti policijo.

(2) Če je nezgoda povzročila zavarovančevo smrt, mora upravičenec smrt takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbeti vso potrebno medicinsko dokumentacijo.

(3) V postopku prijave in reševanja zavarovalnega primera ter v pritožbenem postopku zavarovalnica ne krije stroškov zastopanja zavarovanca oziroma upravičenca.

(4) Če zavarovanec ali upravičenec v prijavi nezgode navede neresnične podatke o sami nezgodi, poteku zdravljenja ali zdravstvenem stanju pred nezgodo in po njej, in to onemogoča zavarovalnici objektivno oceno višine zavarovalnine, so v celoti izključene obveznosti zavarovalnice.

12. člen

UGOTAVLJANJE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE IN IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

(1) Zavarovalnica izplača zavarovalnino upravičencu v 14 dneh po prejemu vseh potrebnih dokazil o nezgodi in nastali škodi. Če se zavarovalnina izplača po pošti ali banki, se šteje, da je izplačilo izvršeno ob 24.00 tistega dne, ko je bilo na pošti ali banki potrjeno vplačilo.

(2) Zavarovalnica ne krije stroškov pridobivanja medicinske in druge dokumentacije, ki služijo kot dokazila podrobnosti zavarovalnega primera in obsegu nastale škode. Na zahtevo in stroške zavarovalnice in za namen ocene nastale škode, je zavarovanec dolžan opraviti zdravniški pregled.

(3) Iz zavarovalnega kritja so izključene posledice nezgode, ki niso bile znane ali ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

(4) Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo smrt ali invalidnost, izplača zavarovalnica upravičencu zavarovalno vsoto ali njen del, ki je dogovorjena za take primere, ne glede na morebiti izplačano dnevno nadomestilo za prehodno nesposobnost za delo, nadomestilo za bolnišnični dan in povrnjene stroške zdravljenja.

(5) Zahtevki iz zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju zastarajo v skladu z določili Obligacijskega zakonika.

(6) Za zavarovalni primer šteje izključno posamična nezgoda kot enkratni škodni dogodek, v nobenem primeru več nezgod ne šteje kot en zavarovalni primer.

(7) **Zavarovalnina v primeru nezgodne smrti:**

- 1) Če je zavarovanec umrl zaradi nezgode, zavarovalnica izplača upravičencu zavarovalno vsoto za smrt, kot je določena v polici. Če zavarovanec umre zaradi posledic prometne nesreče, zavarovalnica izplača upravičencu zavarovalno vsoto za smrt v prometni nesreči, kot je določena v polici. Zavarovalno kritje velja, če zavarovanec umre v roku enega leta od nastanka nezgode oziroma prometne nesreče. Po tem roku zavarovalno kritje preneha.
- 2) Upravičenec do izplačila zavarovalnine mora predložiti polico in dokazila, da je bila smrt zavarovanca posledica nezgode. Če oseba, ki nastopa kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalnine.

(8) **Zavarovalnina v primeru trajne invalidnosti:**

- 1) Če zavarovancu zaradi nezgode nastane trajna invalidnost, zavarovalnica izplača upravičencu nadomestilo za trajno invalidnost.
- 2) Odstotek invalidnosti se določi po Tabeli invalidnosti, glede na poškodbe kot izhajajo iz medicinske dokumentacije. Zavarovančeve individualne sposobnosti, socialni položaj ali delovno področje (profesionalna sposobnost) se pri določanju stopnje invalidnosti ne upoštevajo.
- 3) Če je zaradi nezgode pri zavarovancu nastopila 100% invalidnost, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za invalidnost. V primeru, da je pri zavarovancu zaradi nezgode nastala delna invalidnost, zavarovalnica izplača odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku invalidnosti po Tabeli invalidnosti. Če skupni odstotek invalidnosti znaša preko 50% se za vsak odstotek invalidnosti preko 50% prizna dvakratni odstotek zneska za izračun zavarovalnine. Za posledice poškodb, ki niso eksplicitno navedene v Tabeli invalidnosti, zavarovalno kritje ni podano.
- 4) Če znaša seštevek odstotkov invalidnosti za izgubo ali poškodbo več organov ali udov zaradi ene nezgode po tabeli več kot 100 %, zavarovalnica ni dolžna izplačati več kot znaša zavarovalna vsota za popolno invalidnost.
- 5) Ob izgubi več udov ali organov zaradi ene nezgode se odstotki invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo, za večkratne poškodbe istega uda ali organa pa je zavarovalnica dolžna izplačati največ tisti odstotek invalidnosti, ki je po Tabeli invalidnosti določen za popolno izgubo uda ali organa oziroma dela uda ali organa.
- 6) Če je bila pri zavarovancu, zaradi poškodbe ali degenerativne bolezni, že pred obravnavano nezgodo podana trajna invalidnost, se obveznost zavarovalnice določa za novo stopnjo invalidnosti, neodvisno od prejšnje, razen v primeru, če zavarovanec izgubi ali poškoduje že prej poškodovan ud, organ ali sklep. V takem primeru izplača zavarovalnica le razliko med prejšnjo stopnjo invalidnosti, ki se prav tako ugotavlja po Tabeli invalidnosti, in novo stopnjo invalidnosti, vendar največ razliko do invalidnosti, ki je po tabeli predvidena za popolno izgubo uda ali organa oz. negibnosti sklepa.
- 7) Odstotek invalidnosti določi zdravnik zavarovalnice na osnovi predložene medicinske dokumentacije in po potrebi opravljenega zdravniškega pregleda zavarovanca.
- 8) Končna odstotek invalidnosti se določa po končanem zdravljenju, ko po zdravniški presoji ni mogoče pričakovati, da bi se stanje izboljšalo ali poslabšalo, tj. ko se posledice poškodb ustalijo. V primeru, da se posledice poškodb ne ustalijo niti po

treh letih od nezgode, se kot končno vzame stanje ob poteku tega roka in po njem določi končna stopnja invalidnosti. Obveznost zavarovalnice zaradi kakršnegakoli nadaljnega poslabšanja zdravstvenega stanja zavarovanca je izključena.

- 9) Pred ustaljitvijo poškodb, ko še ni moč končno določiti odstotka invalidnosti zavarovanca, lahko zavarovalnica izplača nesporni del zavarovalnine, sorazmerno odstotku trajne invalidnosti, ki bo zavarovancu nedvomno nastala.
- 10) Če zavarovanec umre zaradi posledic iste nezgode preden poteče leto dni od dneva nezgode in je že bil ugotovljen končni odstotek invalidnosti, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za smrt oziroma razliko med zavarovalno vsoto za smrt in zneskom, ki je bil že pred tem izplačan za invalidnost, če taka razlika obstaja.
- 11) Če končni odstotek invalidnosti ni bil določen, zavarovanec pa umre zaradi iste nezgode, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za smrt oziroma samo razliko med to vsoto in morebitnim že prej izplačanim delom (akontacijo), vendar samo tedaj, če je zavarovanec umrl najkasneje v treh letih od dneva nezgode.
- 12) Upravičenec mora predložiti polico, dokazilo o plačilu zadnje premije, dokazila o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o poteku in zaključku zdravljenja ter ustaljenih posledicah za določitev končne stopnje invalidnosti.

(9) Dnevno nadomestilo:

- 1) Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo prehodno popolno nesposobnost za opravljanje svojih rednih delovnih nalog v okviru poklica, ki ga opravlja in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo dnevnega nadomestila, izplača zavarovalnica zavarovancu to nadomestilo v dogovorjeni višini od dneva, določenega v polici (upoštevanje dogovorjene karence). V kolikor ta dan v polici ni določen pa od prvega dne, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku do zadnjega dne trajanja prehodne nesposobnosti za delo.
- 2) Dnevno nadomestilo se izplača samo za dneve medicinsko dokumentiranega aktivnega zdravljenja po poškodbah. Zavarovanec mora predložiti celotno medicinsko dokumentacijo, katera nedvoumno dokazuje trajanje aktivnega zdravljenja. Dnevno nadomestilo se ne prizna za čas čakanja na opravljanje fizikalne terapije, posamezne preiskave, operacije, sprejema v bolnišnico, pregleda pri invalidski komisiji, čas od zaključka zdravljenja do kontrolnih pregledov in podobno. Dnevno nadomestilo se tudi ne prizna za čas, ko zavarovanec zaradi zmanjšane delovne zmožnosti opravlja delo v skrajšanem delovnem času.
- 3) Dnevno nadomestilo se izplača največ za prvih 200 dni prehodne nesposobnosti za delo in samo za prehodno nesposobnost za delo, ki je nastopila v prvih dveh letih po nezgodi. V primeru prisotnosti na delu, kljub imobilizaciji ali ob drugi obliki zdravljenja, se dnevno nadomestilo ne prizna. Če zavarovanec ob nastanku nezgode ni v rednem delavnem razmerju na podlagi pogodbe o zaposlitvi, se dnevno nadomestilo izplača za čas trajanja aktivnega zdravljenja, ki ga določi zdravnik cenzor zavarovalnice in ne more biti daljši od 60 dni prehodne nesposobnosti za delo za isti zavarovalni primer, in sicer v obdobju največ dveh let po dnevu nezgode. Dnevno nadomestilo se prizna za največ tri zavarovalne primere (nezgode) v posameznem zavarovalnem letu, vendar skupaj ne več kot 200 dni oz. skupaj ne več kot 60 dni, če zavarovanec ni v rednem delavnem razmerju.
- 4) Če je zavarovanec samozaposlena oseba, se za prehodno nesposobnost za delo šteje samo upravičena zadržanost od dela (odprt bolniški stalež) v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.
- 5) Če je bila prehodna delovna nesposobnost podaljšana zaradi drugih zdravstvenih razlogov, ki niso posledica te nezgode, je zavarovalnica dolžna izplačati dnevno nadomestilo samo za tisti del trajanja nesposobnosti za delo, ki je izključna posledica nezgode. Dnevno nadomestilo za zdravljenje natega vratnih mišic, zvina vratne hrbtenice in podobnih diagnoz ter za aktivno fizikalno terapijo po nezgodi se izplača največ za pet tednov po zavarovalnem primeru.

(10) Stroški zdravljenja:

- 1) Če zaradi nezgode nastanejo zavarovancu stroški zdravljenja in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja, povrne zavarovalnica zavarovancu po predloženih originalnih dokazilih vse nujne stroške zdravljenja, vendar največ do zavarovalne vsote, ki je navedena v polici.
- 2) Med nujne stroške zdravljenja štejejo stroški pregledov in drugih preiskav, stroški predpisanih zdravil s strani lečečega zdravnika, opravljanja fizikalnih terapij, če je to po presoji zdravnika potrebno in je to razvidno iz ustreznega napotila. Med stroške zdravljenja se štejejo tudi stroški za umetne ude in stroški za nakup drugih pripomočkov, če je to po presoji zdravnika nujno potrebno. Iz zavarovalnega kritja so izključeni stroški za nabavo ali zamenjavo zob ali dela zoba ter potni stroški. Zavarovalnica je v vsakem primeru dolžna povrniti samo tiste stroške zdravljenja, ki jih mora plačati zavarovanec sam in jih nima pravice zahtevati iz naslova obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ter so nastali v roku dveh let od dneva nezgode.

(11) Bolnišnični dan:

Če je po mnenju zdravnika zaradi posledic nezgode potrebno zdravljenje zavarovanca z nastanitvijo v bolnišnici in je za nastanitev in zdravljenje v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo zavarovalnine za bolnišnični dan, izplača zavarovalnica dogovorjeni znesek nadomestila za bolnišnični dan za vsak dan nastanitve zavarovanca v bolnišnici. Bolnišnični dan se izplača za največ 200 dni za isti zavarovalni primer in sicer v obdobju največ dveh let od dneva nezgode. Število dni, ko je bil zavarovanec nastanjen v bolnišnici, se ugotovi na podlagi odpustnega lista bolnišnice. Zdravljenje v dnevniklinikah oziroma bolnišnicah, zdraviliščih domovih za ostarele, ustanovah za duševne bolezni in podobno ne štejejo za bolnišnično.

13. člen

DOLOČANJE ZAVAROVALNIH UPRAVIČENCEV

- (1) Upravičenec za primer zavarovančeve smrti se določi v polici.
- (2) Če upravičenec za primer zavarovančeve smrti v polici ni določen, veljajo kot upravičenci do zavarovalne vsote v primeru zavarovančeve smrti:
 - 1) zavarovančevi otroci in zakonec v enakih delih;
 - 2) če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;
 - 3) če ni otrok, zakonec in zavarovančevi starši. V tem primeru pripada zakoncu polovica zavarovalne vsote, druga polovica pa staršem oziroma tistemu od staršev, ki živi. Če sta zavarovančeva starša umrla pred zavarovancem, pripada celotna zavarovalna vsota zakoncu;
 - 4) če ni zakonca in otrok, zavarovančevi starši v enakih delih. Če živi samo eden od staršev, mu pripada cela zavarovalna vsota;
 - 5) če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, so upravičenci zakoniti dediči zavarovanca na podlagi pravnomočnega sklepa sodišča.
- (3) Pri določanju upravičenca v smislu tega člena, se za zakonca šteje oseba, ki je bila z zavarovancem v zakonski zvezi ali zunajzakonski skupnosti ob njegovi smrti.
- (4) Za primer invalidnosti, prehodne nesposobnosti za delo, kakor za primer povrnitve stroškov zdravljenja ali zdravljenja v bolnišnici, je upravičenec zavarovanec sam, razen če ni drugače dogovorjeno.
- (5) Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalnina izplača njegovim staršem oziroma skrbniku. Zavarovalnica lahko zahteva od skrbnika, da za ta namen predloži pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

SPREMEMBA ZAVAROVALNIH POGOJEV IN PREMIJSKEGA CENIKA

- (1) Če zavarovalnica spremeni zavarovalne pogoje ali premijski cenik, je dolžna o tem pisno obvestiti zavarovalca na primeren način (individualno obvestilo ali objava na spletni strani) najmanj 30 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- (2) Če zavarovalec v primeru permanentnega zavarovanja zavarovalne pogodbe v 30 dneh od dneva obvestila ne odpove, se novi zavarovalni pogoji oziroma premijski cenik uporabljajo na začetku naslednjega zavarovalnega obdobja.
- (3) Če zavarovalec zavarovalno pogodbo odpove, le-ta preneha veljati s potekom zavarovalnega leta, v katerem je zavarovalnica prejela odpoved.
- (4) Zavarovalnica si pridržuje pravico popraviti morebitne računске ali druge napake zavarovalnega zastopnika, o čemer mora zavarovalnica zavarovalca pisno obvestiti. Zavarovalec ima pravico, da v primeru nestrinjanja s popravki (spremembami zavarovalne pogodbe s strani zavarovalnice) v roku 15 dni od prejema pisnega obvestila odstopi od zavarovalne pogodbe, pri čemer odpoved učinkuje za naprej. V primeru, če zavarovalec od zavarovalne pogodbe v tem roku ne odstopi, se šteje, da s temi popravki oziroma spremembami soglašja, zato zavarovalna pogodba od izteka tega roka dalje velja z upoštevanimi popravki oziroma spremembami.

SPREMEMBA PODATKOV IN MEDSEBOJNO OBVEŠČANJE

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec mora obvestiti zavarovalnico o spremembi naslova svojega bivališča oziroma sedeža ali svojega imena oziroma imena firme v najkrajšem možnem času oziroma najkasneje v petnajstih dneh od dneva spremembe.
- (2) Če zavarovalec oziroma zavarovanec spremeni svoj naslov bivališča oziroma sedež ali svoje ime oziroma ime firme, pa tega ne sporoči zavarovalnici, zadošča, da zavarovalnica obvestilo, ki ga mora sporočiti zavarovalcu oziroma zavarovancu, pošlje na naslov njegovega zadnjega znanega bivališča oziroma sedeža ali ga naslovi na njegovo zadnje znano ime oziroma firmo.
- (3) Če poskus vročitve priporočene pošiljke ali priporočene pošiljke s povratnico ni uspešen (npr. zaradi preselitve ali odklonitve sprejema), se zavarovalec oziroma zavarovanec izrecno strinja, da se vročitev šteje za opravljeno na dan, ko je bila pošiljka oziroma obvestilo o pošiljki dostavljeno na naslov, naveden ob sklenitvi zavarovalne pogodbe oziroma zadnje sporočeni naslov, ter da velja, da je zavarovalec oziroma zavarovanec seznanjen z njegovo vsebino.
- (4) Vsa obvestila zavarovalnici zavarovalec oziroma zavarovanec pošilja izključno na naslov CROATIA zavarovanje d.d. podružnica Ljubljana, Drenikova ulica 36, 1000 Ljubljana.

VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalnica kot upravljavec osebnih podatkov ščiti zasebnost zavarovalca, zavarovanca, uporabnika in drugih fizičnih oseb (v nadaljevanju skupaj imenovani tudi: **posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki**) in zbira ter obdeluje zgolj osebne podatke, ki so nujno potrebni za izpolnitev namena, zaradi katerega so bili zbrani. Zavarovalnica osebne podatke zbira in obdeluje zakonito in transparentno ter skrbi za njihovo točnost, popolnost, ažurnost in varnost. Zavarovalnica obdeluje osebne podatke za točno določen namen tudi v primeru, če osebni podatki niso bili pridobljeni neposredno od osebe, na katero se nanašajo, temveč od zavarovatelja, zavarovanca, upravičenca po zavarovalni pogodbi, od pristojnih javnih organov in institucij ali iz javno dostopnih virov, o čemer posameznika, na katerega se nanašajo osebni podatki, obvešča skladno z določbami Uredbe (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o

prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (v nadaljevanju **Splošna uredba o varstvu podatkov**).

V vseh primerih zavarovalnica osebne podatke obdeluje na zakoniti podlagi, kot je določena v 6. členu Splošne uredbe o varstvu podatkov. Tako na primer zavarovalnica obdeluje osebne podatke, ker je obdelava potrebna za izvajanje zavarovalne pogodbe ali za izvajanje ukrepov na zahtevo zavarovalca pred sklenitvijo pogodbe oziroma, ker je obdelava potrebna za izpolnitev zakonske obveznosti, ki velja za zavarovalnico kot upravljavca na podlagi zakona, ali zato, ker je obdelava osebnih podatkov nujna zaradi obstoja zakonitega interesa zavarovalnice kot upravljavca ali tretje osebe, v posameznih primerih pa na podlagi privolitve posameznika, na katerega se nanašajo osebni podatki. Posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki, lahko v vsakem trenutku ugovarja obdelavi, ki se izvaja na podlagi zakonitega interesa. Zavarovalnica podatke posameznika, na katerega se nanašajo osebni podatki in podatke tretjih oseb, uporablja odgovorno in zgolj v tolikšni meri kot je potrebno. Zavarovalnica občutljive osebne podatke in druge posebne vrste osebnih podatkov obdeluje na podlagi izrecne privolitve posameznika, na katerega se nanašajo osebni podatki ali če obstoji katerikoli drug razlog iz 9. člena Splošne uredbe o varstvu podatkov. Prenos osebnih podatkov, ki se obdelujejo ali so namenjeni obdelavi po prenosu v tretjo državo ali mednarodno organizacijo, se bo izvedel skladno s Splošno uredbo o varstvu podatkov.

(2) Zavarovalnica osebne podatke zbira in obdeluje z namenom vzpostavitve zavarovalnega razmerja oziroma sklenitve zavarovalne pogodbe, izpolnjevanja pogodbenih obveznosti in uveljavljanja pravic iz pogodbenega razmerja, vključno z reševanjem zahtevkov iz zavarovalnega primera. Zavarovalnica osebne podatke zbira in obdeluje v skladu z določbami vsakokrat veljavnega Zakona o varstvu osebnih podatkov, Zakona o zavarovalništvu in Zakona o obveznih zavarovanjih v prometu ter drugih predpisov, na katere je vezano pogodbeno razmerje, kot tudi skladno s Splošno uredbo o varstvu podatkov.

(3) Osebne podatke iz zavarovalne pogodbe, v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov in Splošno uredbo o varstvu podatkov, za namen določen v drugem odstavku tega člena, obdelujejo zavarovalnica ter z njo povezana kapitalska podjetja ter pooblaščenca podjetja za zastopanje in posredovanje zavarovanj. Ti podatki se uporabljajo v zbirkah podatkov, ki jih vodijo in vzdržujejo navedena podjetja. Pooblaščenca podjetja za zastopanje in posredovanje so podjetja, ki so z zavarovalnico sklenila pogodbo o zavarovalnem zastopanju oziroma posredovanju in pogodbo o obdelavi osebnih podatkov.

(4) Osebne podatke iz zavarovalne pogodbe, v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov in Splošno uredbo o varstvu podatkov, za namen določen v drugem odstavku tega člena, obdelujejo tudi zunanji izvajalci zavarovalnice. Ti podatki se uporabljajo v zbirkah podatkov, ki jih vodijo in vzdržujejo zunanji izvajalci. Zunanji izvajalci so podjetja, ki so z zavarovalnico v pogodbenem razmerju in s katerimi je zavarovalnica sklenila tudi pogodbo o obdelavi osebnih podatkov.

(5) V kolikor zavarovalec poda izrecno pisno privolitev, lahko zavarovalnica v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov in Splošno uredbo o varstvu podatkov, obdeluje osebne podatke zavarovalca, razen posebnih vrst osebnih podatkov (občutljivih osebnih podatkov), tudi za namen neposrednega trženja, kot je pošiljanje ponudb, reklamnega gradiva, vabil na dogodke ter za telefonsko, pisno in elektronsko komuniciranje in anketiranje, zase in za povezane družbe, ki se ukvarjajo z zavarovalniško dejavnostjo, dejavnostjo zavarovalnega zastopanja ali posredovanja ali dejavnostjo upravljanja finančnih skladov. Družbe Skupine Croatia osiguranje so navedene na vsakokratnem seznamu, dostopnem na <http://www.crosig.hr/hr/o-nama/grupa-croatia-osiguranje/>.

(6) Zavarovalnica osebne podatke posreduje tretjim osebam (uporabnikom oziroma prejemnikom osebnih podatkov) zgolj v sledečih primerih:

- izrecna pisna privolitev posameznika, na katerega se nanašajo osebni podatki, da se posamezni osebni podatki razkrijejo za določen namen ali določeni osebi;
- če so ti podatki potrebni nadzornim oziroma drugim pristojnim organom ali sodiščem, ki imajo pravico zahtevati, da jim zavarovalnica omogoči vpogled v osebne podatke zavarovalcev,

- posredovanje podatkov tretjim osebam v okviru reševanja zavarovalnega primera (zdravniki, zdravstvene ustanove, izvedenci, ipd.)
- v primerih, predpisanih z zakonom, ki ureja preprečevanje pranja denarja in financiranja terorizma,
- v primerih, predpisanih z Zakonom o obveznih zavarovanjih v prometu in drugimi veljavnimi predpisi,
- v primerih iz Splošne uredbe o varstvu podatkov, ki se nanašajo na možnost in pravila obdelave osebnih podatkov, ki jih v imenu zavarovalnice obdelujejo pogodbeni obdelovalci.

V vseh primerih zavarovalnica poskrbi za spoštovanje zakonskih podlag in zagotovitev varstva osebnih podatkov.

(7) Zavarovalnica osebne podatke načeloma hrani za čas trajanja zavarovalnega razmerja z zavarovalcem, pri čemer je dolžna upoštevati veljavne zakonske predpise glede hrambe podatkov, skladno s katerimi mora zavarovalnica osebne podatke, podatke o tretjih osebah (npr. sozavarovane osebe), o izplačilih in zavarovalnem razmerju hraniti tudi po končanju zavarovalnega razmerja ali izplačilu zavarovalnega primera. Podatke zavarovalnica hrani dokler je možno uveljavljanje pravnih zahtevkov iz naslova zavarovalnega razmerja oziroma do izpolnitve namena zaradi katerega so bili zbrani in izpolnitve vseh pogodbenih pravic in obveznosti. Posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki lahko privolitve za obdelavo osebnih podatkov za namen neposrednega trženja kadarkoli prekliche s pisno zahtevo, poslano na zavarovalnico, in sicer na naslov CROATIA zavarovanje d.d. podružnica Ljubljana, Drenikova ulica 36, 1000 Ljubljana.

(8) Posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki ima sledeče pravice:

(i) Pravica dostopa. Posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki ima pravico od zavarovalnice dobiti potrditev, ali se v zvezi z njim obdelujejo osebni podatki, in kadar je temu tako, dostop do osebnih podatkov in informacije skladno s 15. členom Splošne uredbe o varstvu podatkov. Zavarovalnica brezplačno zagotovi kopijo osebnih podatkov, ki se obdelujejo, medtem ko lahko za dodatne kopije zavarovalnica zaračuna razumno pristojbino ob upoštevanju upravnih stroškov. Če posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki zahtevo predloži z elektronskimi sredstvi, in če ne zahteva drugače, se informacije zagotovijo v običajni elektronski obliki.

(ii) Pravica do popravka. Posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki ima pravico od zavarovalnice zahtevati, da slednja brez nepotrebne odlašanja popravi netočne osebne podatke v zvezi z njim, kot tudi pravico zahtevati dopolnitev osebnih podatkov.

(iii) Pravica do izbrisa. Posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki ima pravico doseči, da zavarovalnica brez nepotrebne odlašanja izbrise osebne podatke v zvezi z njim, zavarovalnica pa ima obveznost osebne podatke brez nepotrebne odlašanja izbrisati, kadar osebni podatki niso več potrebni v namene, za katere so bili zbrani ali kako drugače obdelani, so bili osebni podatki obdelani nezakonito in v drugih primerih iz 17. člena Splošne uredbe o varstvu podatkov. Če je obdelava potrebna primeroma za uveljavljanje, izvajanje ali obrambo pravnih zahtevkov ipd., posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki pravice do izbrisa ne more uresničiti. Zavarovalnica po prejemu posameznega zahtevka za izbris osebnih podatkov posameznika, na katerega se nanašajo osebni podatki obvesti o razlogu za zavrnitev zahtevka.

(iv) Pravica do omejitve obdelave. Posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki ima pravico doseči, da zavarovalnica omeji obdelavo, kadar:

- posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki oporeka točnosti podatkov, in sicer za obdobje, ki zavarovalnici omogoča preveriti točnost osebnih podatkov,
- je obdelava nezakonita in posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki nasprotuje izbrisu osebnih podatkov ter namesto tega zahteva omejitev njihove uporabe,
- zavarovalnica osebnih podatkov ne potrebuje več za namene obdelave, temveč jih posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki potrebuje za uveljavljanje, izvajanje ali obrambo pravnih zahtevkov,
- je posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki vložil ugovor v zvezi z obdelavo.

(v) Pravica do prenosljivosti podatkov. Posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki ima pravico, da prejme osebne podatke v zvezi z njim, ki jih je posredoval v zavarovalnici, v strukturirani, splošno uporabljani in strojno

berljivi obliki, in pravico, da te podatke posreduje drugemu upravljavcu osebnih podatkov, če obdelava temelji na privolitvi ali pogodbi in se izvaja z avtomatiziranimi sredstvi.

(vi) Pravica do ugovora. Posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki ima pravico, da kadarkoli ugovarja obdelavi osebnih podatkov v zvezi z njim, vključno z oblikovanjem profilov in za namene neposrednega trženja. Zavarovalnica preneha obdelovati osebne podatke, razen če dokaže nujne legitimne razloge za obdelavo, ki prevladajo nad interesi, pravicami in svoboščinami posameznika, na katerega se nanašajo osebni podatki, ali za uveljavljanje, izvajanje ali obrambo pravnih zahtevkov.

(vii) Pravica do pritožbe. Če posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki meni, da obdelava osebnih podatkov v zvezi z njim krši Splošno uredbo o varstvu podatkov, se lahko obrne na pooblaščenca osebo za varstvo podatkov pri zavarovalnici preko elektronskega naslova dpo@croatiazavarovanje.si, z namenom razjasnitve spornih vprašanj. V vsakem primeru pa ima posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki pravico vložiti pritožbo neposredno na nacionalni nadzorni organ, tj. Informacijskega pooblaščenca, ali na nadzorni organ znotraj EU (Evropski nadzornik za varstvo podatkov).

(viii) Pravica do preklica privolitve. Če obdelava osebnih podatkov temelji na privolitvi, ima posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki pravico, da svojo privolitve kadarkoli prekliche. Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave na podlagi privolitve pred njenim preklicem. Zavarovalec privolitve prekliche na enak način kot je bila podana privolitve, ali preko elektronske pošte na naslov dpo@croatiazavarovanje.si.

(ix) Pravica do odškodnine. Posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki, ki je utrpel premoženjsko ali nepremoženjsko škodo kot posledico kršitve Splošne uredbe o varstvu podatkov, ima pravico, da od zavarovalnice ali obdelovalca podatkov dobi odškodnino za nastalo škodo.

(9) Zgoraj navedene pravice, razen če je zgoraj drugače določeno, lahko posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki, uveljavlja preko elektronske pošte na naslov dpo@croatiazavarovanje.si ali s priporočeno pošiljko na naslov CROATIA zavarovanje d.d. podružnica Ljubljana, Drenikova ulica 36, 1000 Ljubljana. V primeru dvoma glede identitete pošiljatelja, lahko zavarovalnica, z namenom varstva osebnih podatkov, od pošiljatelja zahteva dodatne informacije, potrebne za ugotavljanje istovetnosti pošiljatelja. V primeru ponavljajočih se neutemeljenih in pretiranih pisanj, lahko zavarovalnica pošiljatelju zaračuna administrativne stroške ali zavrne posamezni zahtevk.

(10) Zagotavljanje osebnih podatkov zavarovalca (oziroma posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki) je nujno za preverjanje zavarovalnega tveganja, sklenitev in/ali izvrševanje zavarovalne pogodbe, reševanje zahtevkov iz zavarovalnega primera ter komunikacijo z zavarovalcem. V kolikor zavarovalec podatkov ne zagotovi ali jih ne zagotovi v potrebnem obsegu, vzpostavljanje zavarovalnega razmerja ali rešitev škodnih zahtevkov morda ne bo mogoča, kar pa ne predstavlja neizpolnitve pogodbenih obveznosti na strani zavarovalnice.

17. člen

PRITOŽBENI POSTOPEK IN REŠEVANJE SPOROV

(1) Zoper odločitev zavarovalnice je mogoče vložiti pritožbo. Pritožba se lahko posreduje s priporočeno pošto na naslov CROATIA zavarovanje d.d. podružnica Ljubljana, Drenikova ulica 36, 1000 Ljubljana ali po elektronski pošti na naslov info@croatiazavarovanje.si. Pritožbe bo obravnavala komisija za reševanje pritožb v skladu z internimi akti za obravnavo pritožb, ki so objavljeni na spletni strani www.croatiazavarovanje.si. Odločitev pritožbene komisije je dokončna.

(2) Če zavarovalnica pritožbi zavarovalca v okviru notranjega postopka za reševanje pritožb ne ugodí ali o njej ne odloči v 30 dneh po njenem prejemu, lahko zavarovalec naslovi pobudo za začetek postopka izbranemu neodvisnemu izvajalcu izvensodnega reševanja sporov: Mediacijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GIZ, Železna cesta 14, Ljubljana.

(3) V kolikor zavarovalec oceni, da je prišlo do kršitve Zavarovalnega kodeksa, drugih dobrih poslovnih običajev ter temeljnih standardov zavarovalne stroke, lahko svojo pritožbo posreduje Varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GIZ, Železna cesta 14, Ljubljana.

(4) V kolikor morebitnega spora med zavarovalcem oziroma zavarovancem in zavarovalnico ni možno rešiti sporazumno, stranke izrecno dogovorijo krajevno pristojnost stvarno pristojnega sodišča v Ljubljani.

18. člen

UPORABA ZAKONA IN NADZOR

(1) Za razmerja, ki niso urejena s temi pogoji, veljajo določbe Obligacijskega zakonika ter ostali predpisi prava Republike Slovenije.

(2) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico sta pristojna nadzorni organ države članice, tj. Hrvatska agencija za nadzor finančnih uslug, Franje Račkog 6, 10000 Zagreb, Hrvaška, in Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, 1000 Ljubljana.

19. člen

ZAKLJUČNA DOLOČBA

Sestavni del splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb je Tabela invalidnosti.

Ti pogoji se uporabljajo od 1.2.2019 dalje.