

INFORMACIJE O OBRADI PODATAKA (IOOP)

Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d., Zagreb, Slovenska ulica 24, OIB 52848403362 (dalje u tekstu i kao: Društvo) je trgovačko društvo registrirano za obavljanje djelatnosti osiguranja i ima dozvolu za sklapanje i izvršavanje ugovora u životnim i neživotnim osiguranjima na temelju Rješenja Hrvatske agencije za nadzor financijskih usluga. Djelatnost osiguranja je djelatnost od značajnog javnog interesa.

Društvo je dio Vienna Insurance Group AG, Wiener Versicherung Gruppe (VIG Grupa) sa sjedištem u Beču, Austrija. Više o VIG Grupi možete naći na poveznici: <https://www.vig.com/de/home.html>

Prilikom obavljanja svoje registrirane djelatnosti prikupljamo i obrađujemo osobne podatke osoba koje koriste naše usluge i proizvode, poštujući sve relevantne propise i zakone te brinemo o njihovoj sigurnosti.

Postupanje s Vašim podacima za nas je jako važno zato Vas molimo da ovaj dokument pažljivo pročitate.

VODITELJ OBRAD E I KONTAKT PODACI

Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. je voditelj obrade Vaših podataka sukladno važećim propisima o zaštiti osobnih podataka. Društvo kao voditelj obrade podatka određuje svrhu i sredstva obrade podataka.

Društvo možete kontaktirati na sljedeće kontakt podatke:

- Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d., Kontakt centar, Slovenska ulica 24, 10000 Zagreb
- Telefon: 072/100-200, a za pozive iz inozemstva: +385/1/3718600
- Email: kontakt@wiener.hr

SLUŽBENIK ZA ZAŠTITU PODATAKA

Društvo je imenovalo Službenika za zaštitu podataka. Možete ga kontaktirati na e-mail adresu dpo@wiener.hr ili na prethodno navedene kontakte Društva uz naznaku „na pažnju Službenika za zaštitu podataka.“

SVRHE OBRAD E OSOBNIH PODATAKA I PRAVNA OSNOVA OBRAD E

Opseg i vrsta podataka koju obrađujemo može biti različita i ovisi o vrsti pojedinog ugovora o osiguranju kojeg namjeravate sklopiti ili sklapate ili o vašem zahtjevu za ostvarivanjem prava iz osiguranja i od osiguranja. U većini slučajeva podatke koje obrađujemo se odnose na Vaše osnovne identifikacijske podatke (ima i prezime, OIB, adresa prebivališta) bez kojih ne možemo sklopiti ugovor s Vama, a ponekad su nam nužni i podaci o zanimanju, spolu, datum rođenja, identifikacijska isprava ili drugi dokumenti potrebni za procjenu rizika. Također su nam nužni i Vaši kontaktni podaci kako bismo Vam što lakše i brže prosljedili neke važne informacije za vrijeme našeg poslovnog odnosa. Stoga prikupljamo i obrađujemo ove vrste osobnih podataka:

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

Pojedini naši proizvodi osiguranja zahtijevaju obradu posebnih kategorija podataka odnosno podataka o Vašem zdravlju. Takve podatke obrađujemo prilikom sklapanja ugovora o zdravstvenim

osiguranjima, životnim osiguranjima, osiguranjima od nesretnog slučaja i prilikom procesa obrade šteta.

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

Svrhe za koje prikupljamo i obrađujemo Vaše podatke kao i pravne osnove navodimo u nastavku ovog dokumenta.

Obrada podataka u svrhu izvršavanja (ispunjenja) ugovora o osiguranju i poduzimanja radnji na Vaš zahtjev prije sklapanja ugovora o osiguranju

Vaše osobne podatke obrađujemo za izvršavanje (ispunjenje) ugovora o osiguranju i za poduzimanje radnji na Vaš zahtjev prije sklapanja ugovora o osiguranju.

Radnje prije sklapanja ugovora uključuju provjeru Vaših zahtjeva i potreba, provjeru primjerenosti ili prikladnosti investicijskih proizvoda osiguranja Vašim posebnim okolnostima, a sve temeljem poštivanja propisa o distribuciji osiguranja i radi razmatranja Vaše ponude osiguranja.

Sklapanju ugovora o osiguranju prethodi procjena određenog rizika od kojeg se želite osigurati i s tim u vezi određivanje premije osiguranja.

Podatke koji su potrebni za procjenu je li određeni rizik nama prihvatljiv za osiguranje i pod kojim uvjetima, prikupljamo sukladno pravilima struke i temeljem propisa koji reguliraju djelatnost osiguranja i ugovore o osiguranju.

Prikupljanje osobnih podataka u svrhu sklapanja i izvršavanja ugovora o osiguranju uvjet je nužan za sklapanje ugovora, a zakonom je propisana dužnost ugovaratelja osiguranja da prijavi osiguratelju sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje mu nisu mogle ostati nepoznate.

Osobne podatke obrađujemo i radi informativnih izračuna premije osiguranja kojeg namjeravate sklopiti, te za administriranje postojećeg ugovora odnosno radi realizacije određenih promjena po ugovoru na Vaš zahtjev, ali i radi naplate regresa, dugova ili premije osiguranja.

Ako pak niste naša ugovorna strana već ste osoba koja ostvaruje pravo iz ugovora o osiguranju u svojstvu korisnika osiguranja ili ste primjerice treća, oštećena osoba koja od nas zahtijeva isplatu štete, svrha prikupljanja Vaših osobnih podataka je također ispunjenje obveze Društva koja proizlazi iz našeg ugovora o osiguranju.

U slučajevima kada niste ugovaratelj osiguranja, ali ste osiguranik (osoba čiji život, zdravlje ili imovina su osigurani), prikupljanje i obrada Vaših osobnih podataka potrebna je kako bi se ugovor o osiguranju sklopio i izvršio na zakonit način te kako bi polica ili neka druga isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju sadržavala zakonom propisane podatke.

Obrada podataka radi ispunjenja pravnih obveza voditelja obrade

Osobne podatke koristimo i radi ispunjavanja naših pravnih obveza kao što su primjerice, ali ne isključivo:

- obveze propisane Zakonom o administrativnoj suradnji u području poreza
- obveze propisane Zakonom o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma, FATCA, CRS
- obveza iz Zakona o računovodstvu
- obveze međunarodnih mjera ograničavanja (sankcija)
- obveze prilikom rješavanja prigovora i pritužbi prema Zakonu o osiguranju.

Prilikom poštivanja obveza propisanih Zakonom o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma dužni smo utvrditi i jeste li politički izložena osoba u smislu tog propisa, pa ćemo Vaše podatke obrađivati i u te svrhe.

Pravna obveza Društva je i poštivanje propisa o distribuciji osiguranja pa je procjena Vaših zahtjeva i potreba koja prethodi sklapanju ugovora naša zakonska obaveza.

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

Obrada podataka na temelju legitimnog interesa voditelja obrade

Vaše ćemo osobne podatke obrađivati i u svrhu ostvarenja naših legitimnih interesa osim kada će pred tim interesima prednost imati Vaši interesi ili Vaša temeljna prava i slobode koji zahtijevaju zaštitu osobnih podataka.

Legitimni interesi Društva su uglavnom komercijalni interesi kao na primjer pravo na stalni razvoj kvalitete u pružanju usluga i poboljšanje poslovnih procesa općenito, ostvareni na način koji ne može štetiti Vašim interesima, pravima i slobodama. Izravna promidžba primjerice, obuhvaća povremenu komunikaciju prema klijentima radi pružanja obavijesti o našim proizvodima osiguranja, novim programima i dodatnim pogodnostima.

Ispitivanje zadovoljstva naših klijenata provodimo povremenom komunikacijom s klijentima odnosno korisnicima u cilju poboljšanja kvalitete naših usluga.

Obradu podataka u ovu svrhu ujedno prepoznajemo i kao legitimni interes drugih društava za osiguranje i društava za reosiguranje te Hrvatskog ureda za osiguranje kada s njima razmjenjujemo podatke za te potrebe, a sve u skladu s važećim Zakonom o osiguranju.

Takvi legitimni interesi Društva su:

- izravna promidžba (marketing)
- ispitivanje Vašeg zadovoljstva o pruženim uslugama
- kontaktiranje korisnika *webshopa* Društva na www.wiener.hr radi pomoći i dovršetka kupnje
- sprječavanje zloupotreba osiguranja i otkrivanja prijevара u osiguranju te prijevара općenito.
- zaštita osoba i imovine, stoga su naši poslovni prostori zaštićeni sustavom video nadzora koji podrazumijeva obradu osobnih podataka (stvaranje video zapisa);
- snimanje dolaznih telefonskih poziva u kontakt centru Društva s ciljem unapređenja kvalitete naše usluge
- prijenos osobnih podataka klijenta unutar VIG Grupe za unutarnje administrativne potrebe.

Na obradu Vašim podataka s osnove legitimnog interesa možete uložiti prigovor na temelju svoje posebne situacije u svakom trenutku. Prigovor se šalje na gore navedene kontakt podatke

voditelja obrade odnosno odjavom u zaprimljenim marketinškim elektroničkim porukama.

U tom slučaju Društvo neće više obrađivati Vaše osobne podatke, osim kada postoje uvjerljivi legitimni razlozi koji nadilaze Vaše interese, prava i slobode.

Obrada podataka na temelju legitimnog interesa trećih osoba

U skladu sa Zakonom o osiguranju uvažamo legitimni interes trećih osoba kada za potrebe otkrivanja ili sprječavanja pronevjera i prijevара u osiguranju razmjenjujemo podatke s drugim društvima za osiguranje.

Obrada podataka na temelju suglasnosti (privole)

Vaše podatke ćemo ponekad prikupljati i obrađivati samo uz Vašu suglasnost. U tom slučaju ćemo zatražiti Vašu privolu i unaprijed Vas jasno i nedvosmisleno informirati o svrhama takve obrade.

Privolu uvijek možete povući, ali povlačenje neće utjecati na zakonitost obrade koja se temeljila na privoli prije nego što je ona povučena. Prilikom obrade podataka koja se temelji na Vašoj privoli uvijek ćemo Vas unaprijed informirati o svrhama obrade i Vašim pravima na povlačenje te suglasnosti.

Vaša suglasnost odnosno privola je dobrovoljno, informirano i posebno izražavanje volje kojom putem izjave odnosno jasne potvrđne radnje dajete nedvosmisleni pristanak za obradu Vaših osobnih podataka u određenu svrhu.

Obradu vaših osobnih podataka na temelju Vaše privole koristit ćemo na primjer za potrebe marketinga kada naš poslovni odnos prestane, kako bismo s Vama ostali u kontaktu i povremeno Vas obavijestili o našim pogodnostima i proizvodima.

Obrada podataka putem internet stranica Društva

Prilikom korištenja naše internetske stranice www.wiener.hr ne prikupljamo Vaše osobne podatke niti ih na drugi način obrađujemo, osim ako ih sami unesete kroz forme za unos podataka. Ako podatke unosite kroz forme predviđene za sklapanje ugovora o osiguranju (*webshop*), Vaši podaci obrađuju se i čuvaju kako je to opisano u ovom dokumentu za obradu podataka u svrhe sklapanja i izvršenja ugovora o osiguranju ili zbog poduzimanja predugovornih radnji na Vaš zahtjev.

Ako podatke unosite kroz obrasce predviđene za postavljanje upita ili dobivanje dodatnih informacija, osobne podatke koje ste nam tom prilikom dostavili obrađivat ćemo isključivo u svrhu odgovora odnosno pružanja traženih informacija.

Osobne podatke prikupljene putem obrazaca za postavljanje upita obrađujemo u marketinške svrhe samo na temelju Vaše suglasnosti koju nam dobrovoljno i informirano dajete prilikom popunjavanja obrazaca stavljanjem oznake na za to predviđenom mjestu.

Više informacija o uvjetima korištenja naše Internet stranice možete saznati na:

<https://www.wiener.hr/uvjeti-koristenja.aspx>.

Obrada podataka kroz mobilnu aplikaciju Moj Wiener

U svrhu poboljšanja i lakše dostupnosti svojih usluga Društvo je razvilo mobilnu aplikaciju Moj Wiener koja je dostupna na korištenje svim ispitanicima koji koriste usluge osiguranja Društva. Kako biste imali pristup aplikaciji potrebno je kreirati korisnički profil (adresa e-pošte i lozinka) te unijeti osnovne identifikacijske podatke i broj police.

Nakon potvrde Vaše adrese e-pošte, Društvo Vas osim za obavijesti u vezi s ugovorom o osiguranju može povremeno kontaktirati u svrhu promocije svojih usluga pri čemu Vam osigurava pravo na prigovor na obradu u marketinške svrhe.

Obrada podataka kod priređivanja nagradnih igara

Društvo radi promocije svojih usluga može povremeno organizirati nagradne igre.

Pri tome prikupljamo i obrađujemo samo one podatke koji su kao takvi navedeni u nagradnom natječaju i predstavljaju uvjet za ispunjenje obveze Društva te koje nam dobrovoljno dostavite prilikom prijave na nagradni natječaj. U slučaju da sudionik nagrade igre ne podijeli svoje osobne podatke s Društvom, neće ostvariti pravo na sudjelovanje u nagradnoj igri, a time niti pravo na dodjelu nagrade.

Svrha obrade je identifikacija dobitnika i uručivanje nagrade.

Prikupljeni osobni podaci brisat će se po ispunjenju svrhe, a najduže nakon proteka razdoblja od 1 (jedne) godine.

ZAJEDNIČKI VODITELJI OBRADJE

U određenim slučajevima Društvo zajedno s drugim voditeljem obrade zajednički određuje svrhe i načine obrade podataka te na transparentan način određuje svoje odgovornosti osobito s obzirom na ostvarivanje Vaših prava kao ispitanika. Tako npr. Društvo zajednički obrađuje Vaše podatke s pružateljima usluga asistencija, kada poslodavac ugovora osiguranje za svoje zaposlenike i dr.

Kao ispitanik, bez obzira na postignuti dogovor zajedničkih voditelja, možete ostvarivati svoja prava prema svakom od zajedničkih voditelja obrade pojedinačno.

KATEGORIJE PRIMATELJA OSOBNIH PODATAKA

Vaši se osobni podaci obrađuju u svrhe koje su navedene u ovom dokumentu. Kada je za ostvarenje te svrhe potrebno (na temelju naše zakonske ili ugovorne obaveze i/ili prava) Vašim osobnim podacima mogu imati pristup određeni primatelji:

- reosiguratelji i suosiguratelji za potrebe preuzimanja viška rizika
- društva za osiguranje za potrebe sprječavanja zloupotreba osiguranja i otkrivanja prijevara
- VIG Grupa u svrhu prevencija pranja novca i financiranja terorizma, u svrhu sprječavanja prijevara u osiguranju, te međunarodnih sankcija i sl.
- državna tijela u skladu s našim pravnim obavezama i kada su podaci potrebni za obavljanje poslova iz njihove nadležnosti (Hrvatski ured za osiguranje, Porezna uprava, HANFA, Pravobranitelj za područje osiguranja, MUP, državno odvjetništvo i sl.)
- banke i institucije za platni promet
- javni bilježnici u svrhu postupka koji se kod njih vodi
- procjenitelji i/ili liječnici u svrhu procjene rizika ili štete
- servisi i tehnički konzultanti
- zdravstvene ustanove
- distributeri osiguranja
- pružatelji usluga asistencija, obrade odštetnih zahtjeva
- partneri koji upravljaju čuvanjem podataka, skladištenjem ili uništavanjem
- pružatelji usluga revizije, IT revizije i revizije IT sigurnost
- odvjetnici, agencije za naplatu potraživanja, pružatelji usluga tiska i dostave
- ostali primatelji kada je to nužno.

U svim navedenim slučajevima, prijenos i obrada Vaših osobnih podataka vrši se uz obvezne mjere zaštite povjerljivosti.

PRIJENOS PODATAKA U TREĆE ZEMLJE

Vaše podatke primarno obrađujemo na području Republike Hrvatske odnosno unutar Europskog gospodarskog prostora. U slučaju eventualne potrebe prijenaosa osobnih podataka izvan tog područja, takav prijenos će se odvijati samo ako postoje odgovarajuće propisane mjere zaštite (npr. standardne ugovorne klauzule), odnosno na način i u skladu s iznimkama koje dopuštaju propisi koji uređuju zaštitu osobnih podataka.

RAZDOBLJE U KOJEM ĆE OSOBNI PODACI BITI POHRANJENI

Vaši osobni podaci bit će pohranjeni onoliko dugo koliko je potrebno radi ispunjenja svrhe za koju se obrađuju. Primjerice, kada je riječ o sklapanju i izvršenju ugovora o osiguranju, to razdoblje bit će određeno vremenom trajanja samog ugovora, a nakon njegovog prestanka razdoblje pohrane ovisi o rokovima zastare potraživanja za pojedinu vrstu ugovora. Ti rokovi mogu ovisiti o drugim specifičnim rokovima čuvanja propisanim posebnim zakonima (npr. Zakon o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma, Zakon o računovodstvu i dr.) ili mogu biti produljeni zbog nekih specifičnih okolnosti kao npr. postavljanje i obrana pravnih zahtjeva te u slučaju sudskih sporova.

VAŠA PRAVA U OBRADI OSOBNIH PODATAKA

Ovisno o svrsi i pravnoj osnovi obrade osobnih podataka, te kada je to zakonski predviđeno, Vi imate sljedeća prava:

- pravo na pristup vašim osobnim podacima
- pravo na ispravak ili dopunu vaših osobnih podataka kako bi uvijek bili točni
- pravo na brisanje vaših osobnih podataka ako je primjenjivo
- pravo na ograničenje obrade osobnih podataka pod određenim okolnostima, na primjer kada prigovarate točnosti osobnih podataka, a za vrijeme dok ne provjerimo njihovu točnost
- pravo na prijenos osobnih podataka (ako je primjenjivo)
- pravo na prigovor obradi podataka koja se temelji na našem legitimnom interesu
- pravo na prigovor na automatizirano pojedinačno donošenje odluka (ako je primjenjivo).

Pod određenim uvjetima, kada to važeći propisi dopuštaju, imate pravo prigovoriti obradi osobnih podataka ili zatražiti prekid obrade osobnih podataka, na primjer kada obradu temeljimo na našim legitimnim interesima ili zbog izravnog marketinga. Čim zaprimimo Vaš zahtjev za prekidom obrade, nećemo dalje obrađivati Vaše osobne podatke osim ako je obrada nužna ili dopuštena temeljem zakonskih i drugih propisa.

Vaša prava možete ostvariti dostavom prigovora na kontakte voditelja obrade navedene u uvodnom dijelu ovog dokumenta.

Prilikom kontakta i postavljanja navedenih zahtjeva uložiti ćemo razumne napore da nedvojbeno utvrdimo Vaš identitet i spriječimo neautoriziranu obradu osobnih podataka.

PRAVO NA PODNOŠENJE PRIGOVORA NADZORNOM TIJELU

U svakom trenutku možete podnijeti prigovor na obradu Vaših osobnih podataka nadležnom nadzornom tijelu - Agenciji za zaštitu osobnih podataka, Selska cesta 136, 10000 Zagreb, azop@azop.hr.

AŽURIRANJE OVOG DOKUMENTA

Ovaj dokument redovito preispitujemo i provjeravamo odražava li način na koji Društvo obrađuje osobne podatke. Ažurirani važeći dokument uvijek je dostupan na našim web stranicama <https://www.wiener.hr/informacije-o-obradi-podataka.aspx>.

Ako dođe do promjena u obradi osobnih podataka koje bitno utječu na Vaša prava, o tome ćemo Vas izravno obavijestiti.

S poštovanjem

Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d.

PRILOG PONUDI / PRILOG POLICI OSIGURANJA
KLAUZULA O OBAVIJEŠTENOSTI UGOVARATELJA OSIGURANJA

Sukladno odredbama važećeg Zakona o osiguranju Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. Zagreb, Slovenska ulica 24, kao Osiguratelj prije sklapanja ugovora o osiguranju obavještava Ugovaratelja osiguranja o sljedećim informacijama i podacima:

(1) Tvrtka Osiguratelja glasi: Wiener osiguranje Vienna Insurance Group dioničko društvo za osiguranje, sa sjedištem u Zagrebu, Slovenska ulica 24; OIB: 52848403362;

(2) Uvjeti pod kojima se zaključuje ovo osiguranje navedeni su u priloženoj ponudi/polici osiguranja, čiji je sastavni dio ova Klauzula o obaviještenosti Ugovaratelja osiguranja (dalje: Klauzula).

Mjerodavno pravo koje se primjenjuje na ugovor o osiguranju kada ugovorne strane nemaju slobodu izbora prava je pravo Republike Hrvatske a utvrđeno je ponudom/policom osiguranja i/ili pripadajućim uvjetima osiguranja, čiji je sastavni dio ova Klauzula. Ako postoji sloboda izbora mjerodavnog prava sukladno članku 7. Uredbe (EZ) br. 593/2008 Europskog parlamenta i Vijeća, Osiguratelj predlaže da se na ugovor o osiguranju primjenjuje kao mjerodavno pravo Republike Hrvatske. Ako je pozitivnim propisima koji se primjenjuju u Republici Hrvatskoj određena primjena drugog materijalnog prava, primjenit će se drugo materijalno pravo;

(3) Vrijeme trajanja ugovora o osiguranju navedeno je u priloženoj ponudi/polici osiguranja, čiji je sastavni dio ova Klauzula;

(4) Pravila i uvjeti za opoziv ponude, odstupanje od ugovora te prestanak i raskid ugovora.

Pisana ponuda učinjena Osiguratelju za sklapanje ugovora o osiguranju veže Ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od 8 (osam) dana otkad je ponuda prispjela Osiguratelju, a ako je potreban liječnički pregled, onda za vrijeme od 30 (trideset) dana. Ponuda se može povući samo ako je Osiguratelj primio izjavu o povlačenju prije primitka ponude ili istodobno s njom.

Kod ugovora o osiguranju sklopljenog putem sredstava daljinske komunikacije, s rokom trajanja od mjesec dana ili dulje Ugovaratelj ima pravo jednostrano raskinuti ugovor o osiguranju u roku 14 (četnaest) dana od sklapanja ugovora, bez navođenja razloga.

Ugovaratelj ima pravo odustati od ugovora o osiguranju u roku od 14 dana i to sukladno odredbama Zakona o stambenom potrošačkom kreditiranju, ako je isti primjenjiv.

U tom slučaju ugovor se raskida pisanom obavješću koju Ugovaratelj dostavlja preporučenom pošiljkom na adresu sjedišta Osiguratelja. Smatra se da je ugovor raskinut na vrijeme ako je obavijest o raskidu upućena Osiguratelju unutar roka za raskid. Ugovor je raskinut u trenutku kad Osiguratelj primi obavijest o raskidu.

Kod ugovora o osiguranju s određenim rokom trajanja obveza Osiguratelja prestaje istekom 24. sata dana koji je u polici označen kao dan isteka osiguranja, ako drukčije nije ugovoreno, odnosno ako posebnim ili dopunskim uvjetima osiguranja za pojedine vrste osiguranja nije drukčije određeno.

Kod ugovora o osiguranju s neodređenim rokom trajanja, ako je u polici označen samo početak osiguranja, osiguranje se produžuje iz godine u godinu, osim ako jedna od ugovornih strana pisano obavijesti drugu stranu da ne želi produžiti ugovor o osiguranju - najmanje 3 (tri) mjeseca ranije ako obavijest šalje osiguratelj, odnosno najmanje 1 (jedan) mjesec ranije ako je šalje ugovaratelj. U tom slučaju ugovor o osiguranju prestaje istekom 24. sata posljednjeg dana tekuće godine osiguranja. Ako je osiguranje sklopljeno na rok dulji od 5 (pet) godina, svaka ugovorna strana može nakon proteka toga roka, uz otkazni rok od 6 (šest) mjeseci, pisano izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

Razlozi za prestanak ugovora o osiguranju navedeni su i u pripadajućim uvjetima osiguranja pojedine vrste osiguranja;

(5) Visina premije osiguranja i način plaćanja premije osiguranja, visina doprinosa, poreza i drugih troškova kada se isti zaračunavaju uz premiju osiguranja te ukupni iznos plaćanja navedeni su u priloženoj ponudi/polici osiguranja.

U primjeni od 25.09.2025.

Kod ugovora s indeksacijom, visina premije se za vrijeme trajanja prilagođava kako je opisano u pripadajućim uvjetima osiguranja.

Temeljem važećeg Zakona o porezu na dodanu vrijednost, za usluge osiguranja PDV se ne obračunava;

(6) Postupak rješavanja pritužbi i sporova.

Osiguranik, ugovaratelj osiguranja, korisnik iz ugovora o osiguranju i sve zainteresirane osobe imaju pravo podnijeti pritužbu društvu za osiguranje u odnosu na pružanje usluga osiguranja, odnosno u odnosu na izvršenje obveza iz ugovora o osiguranju na sljedeći način:

- usmeno izjaviti na zapisnik u Društvu,
 - pisanim putem na adresu: Wiener osiguranje Vienna Insurance Group dioničko društvo za osiguranje, Odjel upravljanja pritužbama i prigovorima, Slovenska ulica 24, 10000 Zagreb
 - putem e-maila na adresu: pritužbe@wiener.hr
- Pritužba treba sadržavati:

- a) ime i prezime te adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno tvrtku, sjedište i ime te prezime odgovorne osobe podnositelja pritužbe koji je pravna osoba,
- b) razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe,
- c) 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,
- d) datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa,
- e) punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.

Osiguratelj je dužan bez odgađanja u pisanom obliku potvrditi primitak pritužbe te u pisanom obliku odgovoriti na pritužbu najkasnije u roku od 15 (petnaest) dana od dana primitka pritužbe.

Kada odgovor na pritužbu ne ispunjava ili ne ispunjava u cijelosti zahtjeve iz pritužbe, podnositelju pritužbe treba objasniti stav Društva vezan uz pritužbu, a podnositelj pritužbe može:

- a) podnijeti žalbu pravobranitelju osiguranja zbog kršenja kodeksa o poslovnoj osigurateljnoj i reosigurateljnoj etici,
- b) pokrenuti postupak za mirno rješavanje spora, primjerice pred Centrom za mirenje pri Hrvatskoj gospodarskoj komori i/ili Centrom za medijaciju pri Hrvatskom uredu za osiguranje
- c) podnijeti tužbu nadležnom sudu.

U slučaju da se unatoč nastojanju sporazumnog rješavanja spora ne uspije postići mirno rješenje spora, za sudske sporove ugovara se mjesna nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu. Nadzorno tijelo za nadzor društava za osiguranje je Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga, Ul. Franje Račkog 6, 10000 Zagreb .

Detaljne informacije o podnošenju pritužbi navedene su na web stranici Društva www.wiener.hr/pohvale-pritužbe-i-prigovori.aspx

(7) Bez obzira na sve druge odredbe ugovora koje reguliraju primjenu sankcijskih režima odnosno međunarodnih mjera ograničenja, od 01.04.2024. na ovaj ugovor o osiguranju primjenjuje se slijedeća Sankcijska klauzula koja čini njegov sastavni dio:

Osiguratelj (reosiguratelj) neće smjeti pružiti pokriće i neće imati odgovornost platiti bilo koji odštetni zahtjev ili pružiti bilo kakvu korist prema ovom Ugovoru u onoj mjeri u kojoj bi pružanje takvog pokrića, plaćanja takvog zahtjeva ili pružanje takve koristi izložilo osiguratelja (reosiguratelja) bilo kojoj sankciji, zabrani ili ograničavanju u skladu s odlukama Ujedinjenih naroda ili trgovinskim ili gospodarskim sankcijama, zakonima ili propisima Europske unije, sankcijama Republike Hrvatske, Ujedinjenog Kraljevstva ili Sjedinjenih Američkih Država (pod uvjetom da to ne krši bilo koji propis ili specifično nacionalno pravo primjenjivo na osiguratelja ili reosiguratelja iz ovog Ugovora).

Osiguranje pomoći (asistencije)

Dokument s informacijama o proizvodu osiguranja

Društvo: Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d., sa sjedištem u Republici Hrvatskoj, koje ima odobrenje za obavljanje poslova osiguranja.

Proizvod: Moj (o)siguran put

Sve predugovorne i ugovorne informacije o ovom proizvodu nalaze se u ostalim dokumentima Ugovora o osiguranju.

Vrsta osiguranja

Dobrovoljno osiguranje pomoći (asistencije) koje pokriva pružanje pomoći osobama koje zapadnu u nepredvidive teškoće za vrijeme puta. Može se ugovoriti kao Pojedinačno, Obiteljsko, Grupno te Godišnje za putovanja Izvan Republike Hrvatske. Za putovanja unutar Republike Hrvatske osiguranje pomoći moguće je ugovoriti kao Pojedinačno, Obiteljsko i Grupno, te iste nije moguće ugovoriti putem Internet prodaje.



Pokriće osiguranja

- ✓ putno zdravstveno osiguranje za pokriće Europe u minimalnoj osiguranoj svoti od 15.000 EUR te za pokriće Svijeta u minimalnoj osiguranoj svoti od 30.000 EUR (za putovanja Izvan Republike Hrvatske te Strane državljanke u Republici Hrvatskoj) za sve navedene oblike ugovaranja osim Godišnjeg osiguranja gdje je osigurana svota 50.000 EUR
- ✓ osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgoda) u minimalnoj svoti od 5.000 EUR za smrt uslijed prometne, 150 EUR za lom kosti te 200 EUR za nošenje gipsa (za putovanja unutar Republike Hrvatske)
- ✓ do 4.000 EUR u slučaju smrti Osiguranika, prijevoz tijela do kuće pokojnika
Unutar ugovorene svote putnog zdravstvenog pokrića moguće su i sljedeće naknade:
- ✓ do 50 EUR u trajanju do 7 dana ukoliko Osiguranik mora biti hospitaliziran u inozemstvu nakon završetka putovanja dulje od 7 dana
- ✓ do 1.500 EUR trošak prijevoza uključujući i taxijem zbog zdravstvenog stanja
- ✓ do 150 EUR u svrhu oslobađanja akutne zubobolje
- ✓ do 4.000 EUR u slučaju da zdravstveno stanje Osiguranika zahtjeva nužni transport u državu prebivališta
- ✓ do 4.000 EUR u slučaju smrti Osiguranika, prijevoz tijela do kuće pokojnika

Dopunska pokrića

- osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgoda) kao dopunsko pokriće za putovanja Izvan Republike Hrvatske te Strane državljanke u Republici Hrvatskoj
- osiguranje prtljage (gubitak ili uništenje)
- osiguranje otkaza putovanja (nije moguće ugovoriti putem Internet prodaje)
- osiguranje kašnjenja leta (moguće ugovoriti samo uz Godišnje osiguranje).



Što nije pokriveno osiguranjem

- ✗ pružanje pomoći (asistencija) nije moguće u državi u kojoj Osiguranik ostvaruje primarnu zdravstvenu zaštitu
- ✗ kronične bolesti, posljedice nezgoda koje su postojale ili su bile poznate ili su morale biti poznate u vrijeme zaključivanja osiguranja, čak i ako nisu bile liječene
- ✗ bolesti koje su liječene u posljednjih šest mjeseci prije početka osiguranja, osim u slučaju kada je liječnička pomoć pružena radi spašavanja Osiguranikova života ili oslobađanja akutne boli
- ✗ štetni događaj nastao zbog namjernog izazivanja nesretnog slučaja ili samoubojstva
- ✗ štetni događaj nastao kao posljedica ratnih zbivanja, nereda ili terorističkih napada
- ✗ štetni događaj nastao zbog epidemije bilo koje vrste ili nemira u zemlji u koju putuje a da su Osiguraniku mogli biti poznati prije kretanja na put
- ✗ štetni događaj nastao kao posljedica liječenja ili njege koju pruža liječnik koji je član obitelji
- ✗ nabava zamjenske prtljage pri povratku u mjesto boravka
- ✗ štetni događaj nastao zbog bavljenja fizičkim radom te sportom bilo amaterski ili profesionalno ukoliko nije plaćena doplatna premija.



Ograničenja pokrića

- ! Ukoliko je osiguranje Otkaza putovanja sklopljeno nakon isteka petog dana od dana sklapanja ugovora o putovanju, ne postoji obveza osiguratelja za isplatu odštete, kao ni ukoliko je od dana sklapanja ugovora o putovanju do početka osiguranja (datum polaska na put) manje od 14 dana.
- ! Naknada štete za osiguranje Otkaza putovanja isplaćuje se u visini 90% osigurane svote.
- ! Osobe starije od 80 godina starosti ne mogu ugovoriti osiguranje za pokriće Svijeta, osiguranje u trajanju dužem od 30 dana te plaćaju doplatu na premiju u iznosu 100%.

- ! Strani državljani ne mogu ugovoriti osiguranje u trajanju dužem od 120 dana.
- ! Sudjelovanje u šteti u iznosu 132,72 EUR za osiguranje Privatne odgovornosti.
- ! Sudjelovanje u šteti u iznosu 50 EUR za osiguranje Prtljage ukoliko je šteta nastala na prtljazi koju Osiguranik nosi sa sobom.



Zemljopisni opseg osiguranja

- ✓ Osigurateljno pokriće vrijedi za sve zemlje izuzev država u kojima osiguranik ima stalno prebivalište ili pravo na javnu/primarnu zdravstvenu zaštitu.



Koje su moje obveze

- Ugovaratelj osiguranja dužan je pružiti istinite i potpune podatke temeljem kojih sklapa Ugovor o osiguranju.
- Ugovaratelj osiguranja dužan je platiti ugovorenu premiju osiguranja.
- Ugovaratelj osiguranja dužan je prilikom sklapanja Ugovora i tijekom trajanja Ugovora o osiguranju prijaviti okolnosti značajne za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- Osiguranik je dužan u slučaju nastupa osiguranog slučaja vezanog za pokriće putnog zdravstvenog osiguranja pridržavati se uputa Osiguratelja, koje su sastavni dio Ugovora o osiguranju. Nakon prijave osiguranog slučaja dežurni centar odobrava i daje daljnje upute radi obavljanja postupka liječenja i pružanja usluge asistencije.
- Osiguranik je dužan u najkraćem roku po saznanju prijaviti štetni događaj Osiguratelju i staviti mu na raspolaganje sve podatke i dokaze o okolnostima nastanka štete.



Kada i kako platiti osiguranje

Premija ili prvi obrok premije plaća se prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju. Premija osiguranja se plaća u jednom obroku gotovinskom uplatom na prodajnom mjestu, doznakom na račun Osiguratelja ili bezgotovinskim plaćanjem (debitna ili kreditna kartica). Plaćanje premije u obrocima je moguće samo putem kartičnog plaćanja.



Datum početka i završetka pokrića

Za putno zdravstveno osiguranje i osiguranje privatne odgovornosti Osigurateljna obveza počinje u 00,00 sati onoga dana koji je u Ugovoru o osiguranju naveden kao početak osiguranja, ali ne prije nego što Osiguranik prijeđe državnu granicu pri izlasku iz Republike Hrvatske, ako je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja, i prestaje u 24,00 sata onoga dana koji je u Ugovoru o osiguranju naveden kao dan isteka osiguranja, ili ranije ako Osiguranik prijeđe državnu granicu na povratku u Republiku Hrvatsku prije tog vremena. Za osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode), osiguranje prtljage i kašnjenje leta početak osiguranja je datum naveden u Ugovoru o osiguranju kao početak osiguranja, ali ne prije nego što putovanje započne, ako je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja. Prestanak osiguranja je datum naznačen na polici kao prestanak osiguranja, ali ne nakon završetka putovanja. Za osiguranje otkaza putovanja Osigurateljna obveza počinje u 24,00 sata onoga dana koji je naveden u Ugovoru osiguranja kao datum sklapanja, ako je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja, a prestaje u 24,00 sata dana u kojem ističe 50% predviđenog trajanja putovanja Osiguranika.



Raskid ugovora

Kod Ugovora o osiguranju sklopljenog putem sredstava daljinske komunikacije, s rokom trajanja od mjesec dana ili dulje Ugovaratelj ima pravo jednostrano raskinuti Ugovor o osiguranju u roku 14 (četrnaest) radnih dana od sklapanja Ugovora, bez navođenja razloga. Obavijest o raskidu šalje se pisanim putem na adresu sjedišta Osiguratelja.

Uvjeti paketa putnog osiguranja

Uvodne odredbe

Uvjeti paketa putnog osiguranja sastavni su dio Ugovora o putnom osiguranju kojeg je ugovaratelj osiguranja zaključio s Wiener osiguranjem Vienna Insurance Group d.d.

Pojedini izrazi u ovim Uvjetima imaju sljedeća značenja:

- 1) **Osiguratelj** – Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. s kojim je sklopljen ugovor o osiguranju;
- 2) **Ugovaratelj osiguranja** - pravna ili fizička osoba koja je s osigurateljem sklopila ugovor o osiguranju;
- 3) **Osiguranik** - osoba na koju se sklopljeno osiguranje odnosi, može biti isključivo fizička osoba;
- 4) **Korisnik** - osoba koja ima pravo na naknadu temeljem ugovora o osiguranju. Korisnici za slučaj osiguranikove smrti su osiguranikovi zakonski nasljednici. Korisnik za ostala ugovorena pokriva sukladno ugovoru o osiguranju je sam osiguranik;
- 5) **Treća osoba** - osoba koja nije subjekt ugovora o osiguranju, odnosno osoba čija odgovornost nije pokrivena osiguranjem;
- 6) **Osigurani iznos** - najveći iznos osigurateljeve obveze po jednom osiguranom slučaju;
- 7) **Premija osiguranja** - iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti osiguratelju prema ugovoru o osiguranju;
- 8) **Polica osiguranja** - isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju;
- 9) **Obiteljska polica** – osiguranici na obiteljskoj polici mogu biti supružnici, roditelji i djeca (do 25 godina starosti), bake i djedovi. Maksimalan broj osiguranika na polici obiteljskog osiguranja je 5 osoba, od kojih barem jedna treba biti punoljetna;
- 10) **Prtljaga** - sve stvari za osobnu uporabu na putovanju, uključujući poklone i suvenire;
- 11) **Amaterski sportaši** - osobe koje se sportom ne bave kao svojim glavnim zanimanjem. Registrirani su članovi sportske organizacije u kojoj treniraju i za koju se natječu. Eventualne naknade koje primaju temeljem svog članstva ne predstavljaju njihov redoviti prihod;
- 12) **Profesionalni sportaši** - osobe koje se sportom bave kao primarnim zanimanjem (trening, sudjelovanje u natjecanjima). Naknada koju primaju predstavlja njihov redoviti prihod.

I. Opće odredbe

Sklopanje ugovora o osiguranju

Članak 1.

- (1) Ugovor o osiguranju sklapa se isključivo prije početka putovanja.
- (2) Osiguranje od otkaza putovanja sklapa se prilikom sklopanja ugovora o putovanju ili kupnje zrakoplovne (non-refundable) karte. Iznimno, otkaz putovanja je moguće sklopiti unutar pet dana od dana sklopanja ugovora o putovanju odnosno kupnje zrakoplovne karte, ali pod uvjetom da putovanje ne počinje u narednih 14 dana. Ukoliko je osiguranje otkaza putovanja sklopljeno nakon isteka petog dana od sklopanja ugovora o putovanju odnosno kupnje zrakoplovne karte, ne postoji obveza osiguratelja za isplatu odštete.
- (3) Besplatno osiguranje djece do 2 godine starosti ostvaruje se pod uvjetima da je dijete prijavljeno Osiguratelju prilikom ugovaranja osiguranja, a jedna od osiguranih osoba ima starateljstvo nad djetetom.
- (4) Osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti isključene su iz osiguranja.
- (5) Osobe iznad navršenih 80 godina starosti mogu biti obuhvaćene osiguranjem uz doplatnu premiju u iznosu od 100%.
- (6) Ugovor o osiguranju smatra se sklopljenim uplatom premije.
- (7) U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Uvjeta i odredbe police primjeniti će se odredbe s police.

Početak i trajanje ugovora o osiguranju

Članak 2.

- (1) Trajanje osiguranja može biti od najmanje 1 do najviše 365 dana za sva kratkoročna pojedinačna osiguranja, dok se obiteljsko i grupno osiguranje može ugovoriti s trajanjem od najmanje 1 do najviše 90 dana.
- (2) Putno zdravstveno osiguranje osoba za vrijeme puta i boravka u inozemstvu i osiguranje privatne odgovornosti: Osigurateljeva obveza počinje u 00,00 sati onoga dana koji je u polici označen kao početak osiguranja, ali ne prije nego što osiguranik prijeđe državnu granicu pri izlasku iz Republike Hrvatske, ako je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja, i prestaje u 24,00 sata onoga dana koji je u polici označen kao dan isteka osiguranja, ili ranije ako osiguranik prijeđe državnu granicu na povratku u Republiku Hrvatsku prije tog vremena.
- (3) Osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) – smrt uslijed prometne nezgode/lom kostiju/nošenje gipsa i osiguranje prtljage: Početak osiguranja je datum naznačen na polici kao početak osiguranja, ali ne prije nego što putovanje započne, ako je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja. Prestanak osiguranja je datum naznačen na polici kao prestanak osiguranja, ali ne nakon završetka putovanja.
- (4) Osiguranje otkaza putovanja: Osigurateljeva obveza za osiguranje otkaza putovanja počinje u 24,00 sata onoga dana koji je na polici

označen kao datum sklopanja ugovora o osiguranju, ako je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja, a prestaje u 24,00 sata dana u kojem ističe 50% predviđenog trajanja putovanja osiguranika.

- (5) Godišnje putno osiguranje: Datum početka i isteka osiguranja naznačen je na polici osiguranja. Osigurateljno pokriva sklapa se na godinu dana s tim da pojedino putovanje osiguranika ne smije trajati dulje od 30 dana. Ako je u Polici naveden samo početak osiguranja, odnosno ugovoreno je osiguranje s neodređenim trajanjem, osigurateljno pokriva se produkuje iz godine u godinu sve dok ga jedna od ugovornih strana ne raskine. Ugovor o osiguranju koji je sklopljen s neodređenim trajanjem u svakom slučaju se raskida istekom osigurateljne godine u kojoj Osiguranik navrš 80. godinu starosti.

Izmjene Uvjeta osiguranja ili premijskog sustava Osiguratelja

Članak 3.

- (1) Ako Osiguratelj izmijeni Uvjete osiguranja ili Premijski sustav za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, obvezuje se o tome pisano izvijestiti Ugovaratelja osiguranja.
- (2) Ugovaratelj osiguranja ima pravo otkazati Ugovor o osiguranju u roku od trideset (30) dana od dana primitka obavijesti.
- (3) Ako Ugovaratelj osiguranja ne otkáže Ugovor o osiguranju u roku iz stavka (2) ovog članka, Ugovor o osiguranju se mijenja u skladu s izvršenim promjenama u Uvjetima osiguranja ili s promijenjenom u Premijskom sustavu od datuma naznačenog u obavijesti.

Osigurani iznos

Članak 4.

- (4) Osigurani iznosi umanjeni za iznose ugovorenih franšiza, predstavljaju gornju granicu obveze osiguratelja po jednom osiguranom slučaju.
- (5) Ako je osiguranik ugovoren u valuti različitoj od EUR, osiguratelj isplaćuje naknadu štete u EUR u iznosu obračunatom po srednjem tečaju HNB na dan plaćanja štete.

Isplata naknade iz osiguranja

Članak 5.

- (1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti osigurninu određenu ugovorom u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od četrnaest dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.
- (2) Ali ako je za utvrđivanje postojanja Osigurateljeve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti osigurninu određenu ugovorom u roku od trideset dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.
- (3) Ako iznos osigurateljeve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1. i 2. ovog članka, osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.
- (4) Ne ispunili osiguratelj svoju obvezu u rokovima iz ovog stavka, duguje osiguraniku odnosno korisniku osiguranja zatezne kamate od dana primitka obavijesti o osiguranom slučaju, kao i naknadu štete koja mu je uslijed toga nastala.

Prijelaz osiguranikovih prava prema odgovornoj osobi na osiguratelja (subrogacija)

Članak 6.

- (1) Isplatom naknade iz osiguranja prelaze na osiguratelja, prema zakonu, do visine isplaćene naknade, sva osiguranikova prava prema osobi koja je prema bilo kojoj osnovi odgovorna za štetu.
- (2) Ako je osiguranikom krivnjom onemogućen ovaj prijelaz prava na osiguratelja, u potpunosti ili djelomično, osiguratelj se u odgovarajućoj mjeri oslobađa i svoje obveze prema osiguraniku.
- (3) Prijelaz prava s osiguranika na osiguratelja ne može biti na štetu osiguranika, te ako je naknada koju je osiguranik dobio od osiguratelja, zbog bilo kojih razloga niža od štete koju je pretrpio, osiguranik ima pravo da mu se iz sredstava odgovorne osobe isplati ostatak naknade prije isplate osigurateljeva potraživanja na osnovi prava koja su prešla na njega.
- (4) Iznimno od pravila o prijelazu osiguranikovih prava na osiguratelja, ova prava ne prelaze na osiguratelja ako je štetu uzrokovala osoba u srodstvu u prvoj liniji s osiguranikom, osoba za čije postupke osiguranik odgovara, osoba koja živi s njim u istom kućanstvu ili osoba koja je osiguranikov radnik, osim ako su te osobe štetu uzrokovale namjerno.
- (5) Ako je pak koja osoba od spomenutih u prethodnom stavku bila osigurana, osiguratelj može tražiti od njezina osiguratelja naknadu iznosa koji je isplatio osiguraniku.

- (6) Odredbe ovog članka ne odnose se na osiguranje putnika od posljedica nesretnog slučaja.

Postupak vještačenja

Članak 7.

- (1) U slučaju da podnositelj prijave nastanka osiguranog slučaja, osiguranik ili osiguratelj nisu suglasni u pogledu uzroka koji su doveli do nastanka osiguranog slučaja ili u pogledu visine obveze osiguratelja, utvrđivanje spornih činjenica može se provesti vještačenjem putem vještaka ovlaštenog za utvrđivanje spornih činjenica i pitanja koja su postala sporna među strankama. U tom slučaju jednog vještaka imenuje osiguratelj, a drugog suprotna strana. Prije vještačenja imenovani vještaci određuju trećeg vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica o kojima njihovi nalazi i mišljenja odstupaju.
- (2) Svaka strana plaća troškove vještaka kojeg je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća troškove u jednakim dijelovima.

Zastara

Članak 8.

- (1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarijevaju prema odredbama Zakona o obveznim odnosima.

Rješavanje pritužbi i sporova

Članak 9.

- (1) Sve osobe koje imaju pravni interes iz ugovora o osiguranju sklopljenom prema ovim Uvjetima osiguranja sve svoje eventualne sporove s Osigurateljem, koji proizlaze ili su u svezi s predmetnim ugovorom o osiguranju, prvenstveno će nastojati riješiti mirnim putem.
- (2) Ugovaratelj osiguranja te osiguranik mogu u svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa osiguranja izvijestiti Osiguratelja. Informacije o načinu podnošenja pritužbi dostupne su u Klauzuli o obaviještenosti ugovaratelja osiguranja kao i na web stranici Osiguratelja www.wiener.hr u rubrici „Podrška“.
- (3) U slučaju spora iz ugovora o osiguranju u svim slučajevima nadležan je sud u Zagrebu.

Nadležnost u slučaju spora

Članak 10.

- (1) U slučaju spora iz ugovora o osiguranju u svim slučajevima nadležan je sud u Zagrebu.

Klauzula o sankcijama

Članak 11.

- (1) Informacije o sankcijskoj klauzuli dostupne su u Klauzuli o obaviještenosti ugovaratelja osiguranja.

Završne odredbe

Članak 12.

- (1) Informacije o mjerodavnom pravu dostupne su u Klauzuli o obaviještenosti ugovaratelja osiguranja, a ugovoreno mjerodavno pravo navedeno je u Polici osiguranja.
- (2) Na sva ostala pitanja te prava i obveze iz ovog ugovora koja nisu regulirana ovom Policom i ovim Uvjetima osiguranja primjenjuju se relevantne odredbe važećeg Zakona o obveznim odnosima i propisa kojima se reguliraju prava i zaštita potrošača i ostalih relevantnih propisa Republike Hrvatske.

II. Opseg osiguranja

Osigurane osobe i opasnosti

Članak 13.

- (1) Opseg pokriva vrijedi samo za one osobe i one osigurane opasnosti koje su navedene u polici osiguranja.

Putno zdravstveno osiguranje

Osiguranik

Članak 14.

- (1) Osiguranik za vrijeme puta i boravka u inozemstvu, prema ovim posebnim odredbama za putno zdravstveno osiguranje, može biti osoba koja je državljanin Republike Hrvatske, te stranac koji prema hrvatskom Zakonu o kretanju i boravku stranaca, u Hrvatskoj ima sljedeći status:
- produženi boravak,
 - boravak s poslovnom vizom ili
 - trajno nastanjenje.
- (2) Osiguranik za vrijeme boravka u Republici Hrvatskoj može biti svaki strani posjetitelj. Strani posjetitelj je osoba s prebivalištem izvan Hrvatske koja putuje iz turističkih razloga izvan svoje matične zemlje na rok kraći od 12 mjeseci, s bilo kojim ciljem osim obavljanja djelatnosti koja mu se plaća u posjećenom mjestu.

Područje na kojem vrijedi osiguranje

Članak 15.

- (1) Osigurateljno pokriva, temeljem ovih Uvjeta, vrijedi za sve zemlje navedene na polici osiguranja, izuzev država u kojima osiguranik ima stalno prebivalište ili pravo na javnu zdravstvenu zaštitu.

Opseg osigurateljeve obveze

Članak 16.

- (1) Usluge koje pruža osiguratelj i za koje plaća troškove:
- a) Ukoliko je osiguranik bolestan ili ozlijeđen:
- upućuje i savjetuje osiguranika kako doći do liječnika, dajući sve neophodne informacije vezane uz hitnu liječničku pomoć, i to imena, broj telefona i adrese liječnika, stomatologa, bolnica, medicinskih centara, ljekarni, domova zdravlja najbližih mjestu trenutnog boravka osiguranika u inozemstvu;
 - odabire medicinsku ustanovu koja najbolje odgovara prirodi i procesu osiguranikove bolesti u slučaju hospitalizacije, rezervira bolničku sobu, brine se o prijevozu do bolnice, obavještava bolnicu o načinu plaćanja računa;
 - po potrebi se raspituje o osiguraniku u bolnici da bi se uvjerio da se liječenje provodi korektno;
 - ukoliko samoinicijativno izabere hospitalizaciju u ustanovi koja ne odgovara prirodi i procesu osiguranikove bolesti premješta osiguranika u ustanovu koja bolje odgovara prirodi i procesu osiguranikove bolesti;
- b) Ukoliko zdravstveno stanje zahtijeva repatrijaciju, organizira repatrijaciju osiguranika od mjesta boravka do prebivališta osiguranika ili do bolnice u domicilnoj zemlji koju odabere medicinsko osoblje osiguratelja i po potrebi uz pratnju medicinske ekipe do limita od 4.000,00 EUR. Ako osiguranik nije državljanin Republike Hrvatske i želi biti repatriiran u svoju domovinu, osiguratelj će organizirati repatrijaciju i preuzeti financijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku repatrijacije osiguranika u Hrvatsku. Dodatni troškovi prijevoza osobe u pratnji bit će pokriveni ako medicinsko osoblje smatra da je takva pratnja nužna. Isključivo liječnici osiguratelja mogu odlučiti o preporučljivosti i sredstvu repatrijacije. Ako liječnici smatraju osiguranikovu repatrijaciju mogućom, a osiguranik ju odbije, usluge osiguratelja će se trenutno obustaviti, osobito glede medicinskih ili bolničkih troškova budućeg povratka osiguranika u domicilnu zemlju.;
- c) Ukoliko osiguranik mora biti hospitaliziran u inozemstvu nakon planiranog završetka putovanja duže od 7 dana te ako ga prati osigurani član njegove obitelji, osiguratelj će platiti troškove hotelske sobe osobe u pratnji do repatrijacije osiguranika. Osiguratelj plaća maksimalno 50,00 EUR po noći do maksimalno 7 noći.
- d) Ukoliko osiguranik plaća troškove liječenja prema liječničkom receptu ili troškove hospitalizacije:
- stacionarno liječenje (prva medicinska pomoć do bolnice);
 - medicinski posjet u mjestu gdje osiguranik oboli;
 - medicinska pomagala i pomagala za hodanje koja su nužna kao dio tretmana za polomljene ekstremitete i ozljede propisane od strane liječnika;
 - lijekovi i naknada medicinskih potrepština koje prepíše liječnik;
 - dijagnoza rendgenom, skenerom i laboratorijska dijagnostika;
 - kliničko liječenje uz korištenje znanstveno dokazanih metoda u bolnici u mjestu osiguranikovog boravka ili najbližoj prikladnoj bolnici;
 - troškovi prijevoza od strane službeno odobrene hitne službe radi osiguranikovog prihvata u najbližu bolnicu ili kod najbližeg raspoloživog liječnika, iznimno i taxi prijevoz do limita od 1.500,00 EUR;
 - troškovi premještaja u specijalističku kliniku ako je to medicinski nužno i propisano od strane liječnika;
 - nužne operacije uključujući sve troškove u vezi s operacijama;
 - stomatološku uslugu isključivo u svrhu oslobađanja akutne zubobolje do 150,00 EUR;
- e) U slučaju smrti osiguranika:
- osiguratelj organizira i preuzima troškove prijevoza tijela od mjesta gdje je nastupila smrt do kuće pokojnika ili preuzima troškove pogreba u mjestu smrti do limita od 4.000,00 EUR; ovaj iznos uključuje troškove kovčega;
 - ako obitelj osiguranika organizira transport osiguranikovog tijela prije odobrenja osiguratelja, osiguratelj pokriva troškove do iznosa koji bi uobičajeno snosio kao organizator prijevoza;
 - ako osiguranik nije državljanin zemlje iz koje dolazi i njegova obitelj želi repatriirati tijelo u domovinu pokojnika, osiguratelj će organizirati prijevoz tijela i prihvatiti financijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku repatrijacije osiguranika u Hrvatsku.
- (2) Opravdanim i nužnim troškovima u smislu ovih Uvjeta podrazumijevaju se troškovi medicinskog liječenja koji ne prelaze opću razinu troškova u medicinskim ustanovama na području u kojem je nastupio osigurani slučaj, kada se radi o istom ili sličnom tretmanu, uslugama ili pomoći osobama istog spola i približnih godina starosti za sličnu bolest ili ozljedu, šifriranu sukladno međunarodnoj klasifikaciji bolesti.

Isključenje osigurateljeve obveze

Članak 17.

- (1) Osiguratelj nije u obvezi isplatiti naknadu u sljedećim slučajevima:
- zbog kroničnih bolesti, njihovih posljedica i posljedica nezgoda koje su postojale ili su bile poznate ili su morale biti poznate u vrijeme zaključenja osiguranja, čak i ako nisu bile liječene;

- bolesti koje su liječene u posljednjih šest mjeseci prije početka osiguranja, osim u slučaju kada je liječnička pomoć pružena radi spašavanja osiguranikova života ili oslobađanja akutne boli;
 - putovanja u terapeutske svrhe, troškovi preventivnih lijekova, oporavak u prirodnim rezervatima, sanatorijima te centrima za oporavak;
 - troškovi nastali zbog posljedica bolesti ili nesretnog slučaja u ratu ili ratnim događanjima (bilo da je rat objavljen ili ne), neredima, masovnim pokretima, terorističkim činovima i sabotazama, napadima, pobunama, građanskim nemirima ili sličnim događanjima;
 - radioaktivne kontaminacije bilo kojeg opisa i bilo kako uzrokovane;
 - sve štete ili troškove uzrokovane epidemijama, pandemijama, zagađenjem ili prirodnim katastrofama koje su bile poznate prije polaska na put;
 - štete nastale zbog vlastitog izlaganja nepotrebnim opasnostima (osim u slučaju spašavanja nečijeg života, ali ne i sudjelovanja upotragama) ili upletenosti u kaznena i nezakonita djela ili kao posljedica pijanstva ili ovisnosti (alkohol, droga, lijekovi) osiguranika;
 - štete nastale za vrijeme manualnog odnosno fizičkog rada koji se obavlja u svrhu privređivanja, ako nije plaćena doplatna premija. Manualni odnosno fizički rad je rad koji zahtijeva povećanu fizičku aktivnost kao što su npr. građevinski i montažni radovi, rad na otvorenom, rad sa strojevima, rad u uslužnim djelatnostima (konobari, kuhari, sobarice i sl.);
 - korištenja opojnih droga ili narkotika koje nije propisao liječnik;
 - troškova nastalih u svezi s liječenjem malignih i kancerogenih oboljenja, osim troškova nastalih u svezi s poduzimanjem hitnih mjera radi spašavanja osiguranikova života ili oslobađanja od akutne boli;
 - troškovi bilo koje medicinske usluge i pomoći u zemlji stalnog prebivališta;
 - troškovi svakog operativnog ili medicinskog zahvata koji se može bez rizika odgoditi do povratka u domovinu;
 - bilo koju medicinsku uslugu ili lijek za koji se znalo da je potreban ili se nastavlja tijekom puta ili boravka u inozemstvu;
 - troškovi rehabilitacije i fizioterapije i troškove umjetnih nadomjestaka ili slično (proteza, stomatoloških i ortopedskih pomagala, slušnih pomagala, leća, pomagala za vid i sl.);
 - nezgode koje je osiguranik namjerno izazvao te posljedice pokušaja ili izvršenja samoubojstva;
 - troškovi uslijed psihičkih ili depresivnih bolesti i poremećaja kao i njihove posljedice, osim u slučaju kada je to prema zdravstvenom kartonu osiguranika takvo stanje bolesti nastupilo prvi puta;
 - posljedice trudnoće ili komplikacija u trudnoći, osobito: namjerni prekid trudnoće, porod i spontani pobačaj. Ipak, u slučaju akutnih komplikacija tijekom trudnoće osiguratelj će u okviru police naknaditi trošak prve medicinske intervencije koja je potrebna da bi se otklonila opasnost po život majke i/ili djeteta;
 - medicinski potpomognutu oplodnju ili neko drugo liječenje od neplodnosti te troškove kontracepcije;
 - spolno prenosive bolesti, AIDS-a;
 - nezgode koje proizlaze iz bavljenja sportovima na amaterskoj i profesionalnoj osnovi bilo da se radi o natjecanjima ili treninzima, ako nije plaćena doplatna premija;
 - nezgode koje proizlaze iz bavljenja ekstremnim sportovima, skokova padobranom ili slično, ekstremnih planinarskih tura bez ovlaštenog planinarskog vodiča i onih iznad 6.000 m nadmorske visine, ekspedicija i sportskih aktivnosti u divljim vodama;
 - nezgode koje proizlaze zbog upravljanja motornim vozilima, plovilima te zračnim uređajima kada osiguranik ne posjeduje propisanu službenu ispravu;
 - nezgode koje su posljedica ronjenja ukoliko osoba ne posjeduje valjanu potvrdu za organizirano ronjenje;
 - nezgode koje proizlaze iz sudjelovanja u okladama ili koje nastanu za vrijeme ili kao posljedica kaznenog djela ili tučnjave (osim slučajeva samoobrane);
 - troškovi uslijed termalnog liječenja, radioterapije, fototerapije, helioterapije, estetskih zahvata;
 - troškovi cijepjenja i stomatološke troškove (osim troškova hitne stomatološke intervencije);
 - liječenje ili njegu koju pruža liječnik koji je član obitelji;
 - troškovi za koje već postoji pravo na naknadu temeljem nekog drugog ugovora ili prava.
- (2) Ipak, osiguratelj uvijek garantira pomoć osiguranoj osobi u bilo kojoj situaciji neposredne smrtno opasnosti. Situacijom smrtno opasnosti smatra se situacija u kojoj se može utvrditi da bi osiguranik izgubio život da nije bilo medicinske intervencije.

Ostvarivanje prava iz osiguranja

Članak 18.

- (1) U slučaju nastupa osiguranog slučaja osiguranik je dužan pridržavati se uputa osiguratelja, koje su sastavni dio police osiguranja.
- (2) Nakon prijave osiguranog slučaja dežurni centar odobrava i daje daljnje upute radi obavljanja postupka liječenja i pružanja usluge asistencije.
- (3) Ako se osiguranik pridržavao uputa iz stavka (1) ovog članka, tada ne mora u inozemstvu podmiriti troškove iz članka 16. ovih Uvjeta.
- (4) Ako se osiguranik nije pridržavao uputa iz stavka (1) ovog članka, dužan je izvijestiti osiguratelja o razlozima za to. Nakon utvrđivanja obveze,

osiguratelj će osiguraniku naknaditi troškove iz članka 16. ovih Uvjeta, uključujući troškove kućnih posjeta i nabavke lijekova.

- (5) Osiguranik je dužan kontaktirati osiguratelja najkasnije 5 dana nakon osiguranog slučaja, osim u nepredviđenim slučajevima i slučajevima više sile.
- (6) U svojim intervencijama osiguratelj uvijek poštuje državne i međudržavne zakone i odredbe.
- (7) Osiguratelj ne može biti odgovoran za kašnjenja ili neočekivane događaje tijekom izvršenja ugovorenih usluga u slučaju štrajka, eksplozije, demonstracija, masovnih pokreta, prometnih ograničenja, sabotaza, terorizma, građanskog ili međudržavnog rata, posljedica radioaktivnosti ili u bilo kojem drugom slučaju više sile, nepredviđenih okolnosti ili ograničenja djelovanja osiguratelja.
- (8) Osiguratelj je u obvezi isplatiti štetu samo ako je uz dokaz o osigurateljnomo pokriću (original police) predočena sljedeća dokumentacija:
 - a) originalni računi koji moraju sadržavati ime liječene osobe, vrstu bolesti, podatke o pojedinačnim stavkama pruženog liječničkog tretmana kao i njihovim datumima; u slučaju da se radi o troškovima nabave lijekova pod računom se podrazumijeva recept izdan od strane liječnika na kojem moraju biti jasno vidljivi propisani lijekovi, njihova cijena i potvrda ljekarne (pečat) da je lijek plaćen; u slučaju stomatološke usluge na računu moraju biti navedeni podaci o liječenom zubu i izvršenoj usluzi;
 - b) u slučaju naknade troškova za prijevoz posmrtnih ostataka osiguranika ili njegovog pogreba u mjestu smrti, računi moraju biti potkrijepljeni službenom potvrdom o smrti i izvješćem mrtvozornika iz kojeg će biti vidljiv uzrok smrti;
 - c) u slučaju prijevoza u mjesto prebivališta, računi moraju biti potkrijepljeni medicinskim izvješćem koje potvrđuje nužnost prijevoza. Osiguranik je dužan sve račune koje primi na kućnu adresu odmah dostaviti osiguratelju radi plaćanja. Ukoliko postupi suprotno ovoj odredbi osiguratelj će naknaditi samo troškove koji se odnose na pružene zdravstvene usluge, dok će troškove opomene i zateznih kamata snositi sam osiguranik.
- (9) Osiguratelj može zatražiti prijevod računa i prateće medicinske dokumentacije, a troškove prijevoda tada snosi ugovaratelj osiguranja.

Odštetni zahtjev

Članak 19.

- (1) U svrhu ostvarivanja prava iz osiguranja odštetni zahtjevi se podnose osiguratelju nakon korištenja zdravstvenih usluga iz ovog ugovora (u mjestu putovanja) ili usluga prijevoza u mjesto prebivališta, ili u slučaju smrti nakon prijevoza posmrtnih ostataka, odnosno nakon pokopa u mjestu smrti.
- (2) Ugovaratelj osiguranja, osiguranik odnosno korisnik osiguranja će na zahtjev osiguratelja dostaviti sve potrebne podatke za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja ili opsega odgovornosti osiguratelja za isplatu naknade, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja.
- (3) Na zahtjev osiguratelja osiguranik se obvezuje podvrgnuti liječničkom pregledu od strane liječnika po izboru osiguratelja.
- (4) Ugovaratelj osiguranja i osiguranik ovlašćuju osiguratelja za pribavljanje svih podataka od trećih osoba pružatelja medicinske i ostalih usluga u smislu ovih Uvjeta, potrebnih za utvrđivanje obveze osiguratelja.

Osiguranje putnika od posljedica nesretnog slučaja (nezgode)

Sposobnost za osiguranje

Članak 20.

- (1) Osobe koje su osigurane po ovim Uvjetima uključuju se u potpunu obvezu osiguratelja bez obzira na njihovo zdravstveno stanje, opću radnu sposobnost, osim osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja.

Pojam nesretnog slučaja

Članak 21.

- (1) Nesretnim slučajem u smislu ovih uvjeta smatra se svaki iznenadni i o osiguranikovo volji neovisan događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na osiguranikovo tijelo ima za posljedicu njegovu smrt ili prijelom kostiju.
- (2) U smislu prethodnog stavka, nesretnim se slučajem smatraju sljedeći događaji: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okližnuće, survavanje.
- (3) Pod nesretnim slučajem smatra se i sljedeće:
 - opekline vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.;
 - davljenje i utapanje;
 - gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl.);
 - istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastane zbog naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima, ako je to nakon ozljede utvrđeno od odgovarajućeg liječnika specijalista;
 - djelovanje svjetlosti, sunčanih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je osiguranik bio izložen neposredno zbog jednog nesretnog slučaja nastalog prije toga, ili se našao u takvim nepredviđenim

- okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog života.
- (3) Ne smatraju se nesretnim slučajem u smislu ovih uvjeta:
- zarazne, profesionalne i ostale bolesti urođene ili stečene bolesti i /ili deformacije, kao ni posljedice psihičkih utjecaja;
 - trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile;
 - infekcije i bolesti koje nastanu zbog raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože;
 - sustavne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti;
 - anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastalog nesretnog slučaja;
 - hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, kokciadinija, ishialgija i miofascitis, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko križne regije označene analognim terminima;
 - odljepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promijenjenog oka, a iznimno se priznaje odljepljenje mrežnice prethodno zdravog oka, ako postoje znakovi izravne vanjske ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi;
 - posljedice koje nastanu zbog delirium tremensa i djelovanja droga;
 - posljedice medicinskih, posebice operativnih zahvata, koji se poduzimaju radi liječenja ili preventivne radi sprječavanja bolesti, osim ako su te posljedice nastupile zbog dokazane pogreške medicinskog osoblja (vitium artis);
 - patološke promjene kostiju i patološki prijelomi kao ni stres frakture;
 - nesretni slučajevi koje uzrokuje srčana kljenut (infarkt). Srčana se kljenut (infarkt) ni u kojem slučaju ne smatra posljedicom nesretnog slučaja;
 - nesretni slučajevi zbog udara moždane kapi, poremećaja uma ili svijesti osim ako su i ti utjecaji neposredno uzrokovani nesretnim slučajem koji se može svesti u okviru nesretnog slučaja koji osiguratelj prihvaća.

Opseg osigurateljeve obveze

Članak 22.

- (1) Kada nastane nesretni slučaj smrti uslijed prometne nezgode, osiguratelj isplaćuje osigurani iznos naznačen na polici osiguranja za pokriće smrti uslijed prometne nezgode. Prometnom nezgodom smatra se događaj u kojem je u javnom prometu izravno sudjelovalo najmanje jedno prometno sredstvo u pokretu i osigurana osoba u svojstvu vozača odnosno putnika ili pješaka te u kojem je prometno sredstvo djelujući izravno izvana i naglo na tijelo osigurane osobe prouzročilo njenu smrt. Osiguratelj nije u obvezi za slučaj smrti osiguranih zbog prometne nezgode ako nesretni slučaj nastane za vrijeme uporabe prometnog sredstva kao posljedica događaja koji nema obilježja prometne nezgode. Ako nastupi smrt osiguranih mlađeg od 14 godina, osiguratelj je u obvezi isplatiti samo stvarne pogrebne troškove koji su dokumentirani računima, a najviše do osiguranog iznosa naznačenog na polici osiguranja.
- (2) Kada nastane nesretni slučaj loma kosti (prijelom kosti) osiguranih, osiguratelj isplaćuje osigurani iznos naznačen na polici osiguranja, neovisno o broju slomljenih kostiju. Osigurateljno pokriće kosti ne postoji kod bolesnih stanja poremećaja u čvrstoći i građi kosti (osteoporoza, osteomalacija, te ostale osteopatije) kao niti kod drugih patoloških prijeloma kostiju.
- (3) Ukoliko se osigurniku tijekom putovanja dogodi nesretni slučaj radi kojeg mora nositi gips, osiguratelj će isplatiti jednokratnu naknadu nošenja gipsa naznačenu na polici. Osiguratelj je u obvezi ukoliko je nošenje gipsa 14 dana i više.

Isključenje osigurateljeve obveze

Članak 23.

- (1) Isključene su u cijelosti sve osigurateljeve obveze ako je nesretni slučaj nastao:
- a) zbog potresa;
 - b) zbog rata ili ratnih događanja (bilo da je rat objavljen ili ne), nereda, masovnih pokreta, terorističkih činova i sabotaza, napada, pobuna, građanskih nemira ili sličnih događaja, radioaktivne kontaminacije bilo kojeg opisa i bilo kako uzrokovane;
 - c) zbog bavljenja sportovima na amaterskoj i profesionalnoj osnovi bilo da se radi o natjecanjima ili treninzima;
 - d) zbog bavljenja ekstremnim sportovima, skokova padobranom ili slično, ekstremnih planinarskih tura bez ovlaštenog planinarskog vodiča i onih iznad 6.000 m nadmorske visine, ekspedicija i sportskih aktivnosti u divljim vodama;
 - e) zbog upravljanja motornim vozilima, plovilima te zračnim uređajima kada osigurani ne posjeduju propisanu službenu ispravu;
 - f) kao posljedica ronjenja ukoliko osoba ne posjeduje valjanu potvrdu za ronjenje;
 - g) kao posljedica sudjelovanja u okladama ili za vrijeme ili kao posljedica kaznenog djela ili tučnjave (osim slučajeva samoobrane);
 - h) zbog pokušaja ili izvršenja samoubojstva;
 - i) zato što je ugovaratelj osiguranja, osigurani ili korisnik namjerno uzrokovao nesretni slučaj;
 - j) zbog djelovanja alkohola i/ili narkotičkih sredstava na osiguranih, bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe za nastanak nesretnog slučaja. Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola ako je u vrijeme nastanka nesretnog slučaja

utvrđena koncentracija alkohola u krvi bila viša od zakonom dopuštene pri upravljanju prometnim sredstvom, a u ostalim slučajevima više od 0,80 g/kg. Smatra se da je osigurani pod utjecajem alkohola ako se nakon prometne nesreće odbije podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti, kao i ako se udalji s mjesta prometne nesreće prije dolaska policije, odnosno ukoliko nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku postaju o prometnoj nesreći ili ako na drugi način izbjegne alkotestiranje;

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

Prijava nesretnog slučaja

Članak 24.

- (1) Osigurani koji je zbog nesretnog slučaja ozlijeđen, dužan je:
- a) odmah se prijaviti liječniku, odnosno pozvati liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i odmah poduzeti sve potrebne mjere radi liječenja i držati se liječničkih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja;
 - b) nesretni slučaj prijaviti osiguratelju;
 - c) u prijavi o nesretnom slučaju pružiti osiguratelju sva potrebna izvješća i podatke, posebice o mjestu i vremenu kad je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime liječnika koji ga je pregledao i uputio na liječenje ili koji ga liječi, liječnički nalaz o vrsti i težini tjelesne ozljede, o nastalim eventualnim posljedicama, te podatke o manama, nedostacima i bolestima koje je eventualno osigurani imao prije nastanka nesretnog slučaja, kao i RTG snimke.
- (2) Ukoliko je nesretni slučaj imao za posljedicu osiguraničovu smrt, korisnik osiguranja dužan je o tome pisano izvijestiti osiguratelja i pribaviti potrebnu medicinsku i ostalu dokumentaciju, te dokaz o svojem pravu na primanje osiguranog iznosa.
- (3) Troškovi za liječnički pregled i izvješća (početno i zaključno liječničko izvješće, ponovni liječnički pregled i nalaz specijalista), te ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje okolnosti nastanka nesretnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnositelja zahtjeva.
- (4) Ukoliko se nesretni slučaj imao za posljedicu nošenje gipsa, osigurani je dužan prijaviti štetu najkasnije u roku od 10 (deset) dana po povratku sa putovanja. Prilikom prijave osiguranog slučaja osigurani je dužan priložiti potvrdu bolnice o provedenom bolničkom liječenju iz koje je razvidno i trajanje istog te medicinsku dokumentaciju.
- (4) Osiguratelj je ovlašten i ima pravo od osiguranih, ugovaratelja, korisnika, zdravstvene ustanove ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe tražiti naknadna objašnjenja i dokaz koji su po razumnoj ocjeni relevantni za ocjenu opravdanosti odštetnog zahtjeva, te na svoj trošak poduzimati radnje u svrhu liječničkog pregleda osiguranih od svojih liječnika ili liječničkih komisija, da bi se utvrdile važne okolnosti o prijavljenom nesretnom slučaju.

Osiguranje privatne odgovornosti

Opseg osigurateljeve obveze

Članak 25.

- (1) Policom putnog osiguranja pokrivena je građanskopravna izvanugovorna odgovornost osiguranih za štetu zbog smrti, ozljede tijela ili zdravlja te oštećenja ili uništenja stvari treće osobe.
- (2) Osiguranjem su pokrivena štete:
- a) počinjenje u svojstvu privatne osobe u svakodnevnom životu, osim pri obavljanju zanatske djelatnosti, ili bilo koje djelatnosti kojim se privređuje;
 - b) iz posjedovanja i uporabe bicikla bez motora;
 - c) iz amaterskog bavljenja sportom, osim lova;
 - d) iz držanja pitomih životinja kada se životinje ne drže u svrhu privređivanja.

Proširenje osiguranja

Članak 26.

- (1) U istom opsegu kao i u članku 25., osiguranje se odnosi i na odgovornost maloljetne djece (također i unuka, usvojene djece i djece uzete na skrb) osiguranih.

Isključenja iz osiguranja

Članak 27.

- (1) Osigurani ne mogu biti maloljetne osobe, osim u smislu članka 26. ovih Uvjeta, niti osobe koje nisu državljan Republike Hrvatske.
- (2) Osiguranje ne vrijedi za:
- a) štete koje su nanese samom ugovaratelju osiguranja, osigurani, njegovom bračnom ili izvanbračnom drugu, osiguraničovoj obitelji, ili drugim osobama koje žive s osiguranim u zajedničkom kućanstvu;
 - b) štete prouzročene namjerno;
 - c) štete iz posjedovanja i uporabe:
 - letjelica i plovila,

- motornih vozila i drugih vozila koja moraju biti registrirana prema pozitivnim zakonskim propisima;
- d) štete prouzročene hladnim oružjem i oružjem općenito;
 - e) štete na stvarima ili izvršenim radovima koje je osiguranik ili koja druga osoba po njegovom nalogu ili za njegov račun izradio ili isporučio, ako je uzrok štete u izradi ili isporuci;
 - f) štete od proizvoda s nedostatkom;
 - g) štete na tuđim stvarima prouzročene pri obavljanju djelatnosti iz zanimanja od strane osiguranika na ovim ili s ovim stvarima (kao, primjerice, obrada, popravak, prijevoz, ispitivanje i sl.);
 - h) štete koje su nastale kao posljedica postupanja protivno pravnim propisima;
 - i) štete koje su posljedica bilo kakva utjecaja na okoliš, a posebno štete zbog onečišćenja (tla, vode i zraka), nanošenje šteta biljnim i životinjskim vrstama i/ili zaštićenim prirodnim staništima;
 - j) čisto imovinske štete u širem smislu, to jest za štete koje nisu nastale ni ozljedom tijela ili zdravlja neke osobe ni oštećenjem odnosno uništenjem stvari;
 - k) štete zbog povrede prava osobnosti (neimovinska šteta) koja nije direktna posljedica povrede tijela ili zdravlja pri čemu su iz osiguranja osobito isključeni svi odštetni zahtjevi koji proizlaze iz povrede prava na ugled, dobar glas, čast, dostojanstvo, poslovnu tajnu, slobodu privređivanja i sl.;
 - l) štete nastale postupno.
- (3) Osiguranjem nije pokrivena odgovornost osiguranika za štete na stvarima koje nastanu uslijed:
- trajnog djelovanja temperature, plinova, pare, vlage ili pedalina (dima, čađe, prašine i sl.), kao i
 - uslijed pljesnivosti, trešnje, šuma i sl.;
 - slijeganja tla i klizanja zemljišta;
 - poplave stajaćih, tekućih i podezmnih voda;
 - šteta nastalih postupno
- (4) Osiguranje nadalje ne vrijedi za:
- m) štete zbog rata ili ratnih događanja (bilo da je rat objavljen ili ne), nereda, masovnih pokreta, terorističkih činova i sabotaža, napada, pobuna, građanskih nemira ili sličnih događaja;
 - n) odgovornost za štete koje su neposrednoj vezi s uporabom nuklearne energije, štete koje su izravno ili neizravno povezane s visokoenergetskim ionizirajućim zračenjima (npr. Alpha, beta i gama zrakama koje se emitiraju radioaktivnim supstancama i neutronima ili zrakama koje se proizvode u čestičnim akceleratorima te laserskim i drugim sličnim zrakama);
 - o) odgovornost za štete koje su posredno ili neposredno uzrokovane azbestom, proizvodima ili materijalima od azbesta bilo koje vrste, ili u bilo kojoj vezi s njime;
 - p) odgovornost za štete koje su posredno ili neposredno posljedica djelovanja magnetskih, elektromagnetskih polja ili nuklearnog zračenja bez obzira na njihov izvor ili nastanak;
 - q) osiguranikovu odgovornost na temelju ugovornog proširenja njegove odgovornosti i na slučajeve za koje inače prema zakonu ne odgovara;
 - r) štete za koje osiguranik odgovara u svojstvu investitora, odnosno ulagača, ali su pokrivena štete za koje osiguranik odgovara u svojstvu naručitelja i/ili izvođača radova na vlastitim nekretninama.

Osigurani slučaj

Članak 28.

- (1) Osigurani je slučaj budući, neizvjestan i neovisan o isključivoj osiguranikovoj volji štetni događaj na temelju kojega bi treća osoba mogla zahtijevati naknadu štete. Smatra se da je osigurani slučaj nastao u onom trenutku kada se takav događaj počeo ostvarivati.
- (2) Jednim osiguranim slučajem smatra se i više vremenski povezanih šteta ako su one posljedica istog uzroka.

Vrijeme valjanosti osiguranja

Članak 29.

- (1) Osiguratelj je u obvezi samo onda ako osigurani slučaj nastane za vrijeme trajanja osiguranja.
- (2) Kod šteta zbog ozljede zdravlja koje nastaju postupno, smatra se da je štetni događaj nastao onda kada je prvi put liječničkim nalazom utvrđena ozljeda zdravlja.

Osigurani iznos i sudjelovanje osiguranika u šteti (franšiza)

Članak 30.

- (1) U svakoj šteti osiguranik sudjeluje s iznosom franšize od 132,72 EUR. Osigurani iznos naveden na polici osiguranja i umanjen za franšizu, predstavljaju gornju granicu obveze osiguratelja po jednom osiguranom slučaju.

Osiguranikove obveze nakon nastanka osiguranog slučaja

Članak 31.

- (1) Osiguranik je dužan obavijestiti osiguratelja o nastanku osiguranog slučaja i o podnesenom zahtjevu za naknadu štete najkasnije u roku tri dana od saznanja.
- (2) Osiguranik je dužan obavijestiti osiguratelja i onda kada zahtjev za naknadu štete protiv njega bude pokrenut putem suda, kada bude

stavljen u pritvor i onda kada bude proveden postupak za osiguranje dokaza.

- (3) Ako je proveden očevid, podignuta optužnica ili donesena odluka o kaznenom postupku, osiguranik je dužan o tomu odmah obavijestiti osiguratelja, pa i onda kada je već prijavio nastanak štetnog događaja. Također je dužan dostaviti nalaz mjerodavnog tijela u vezi s nastalim štetnim događajem.
- (4) Osiguranik nije ovlašten da se bez prethodne osigurateljeve suglasnosti izjašnjava o zahtjevu za naknadu štete, a posebno da ga prizna potpuno ili djelomično, da se o zahtjevu o naknadi štete nagodi ni da obavi isplatu, osim ako se prema činjeničnom stanju nije moglo odbiti priznanje, nagodba ili isplata a da se time ne učini očita nepravda. Ako je osiguranik u zabludi smatrao da postoji njegova odgovornost ili da su ispravno utvrđene činjenice, to ga neće opravdati.
- (5) Ako oštećeni podnese tužbu za naknadu štete protiv osiguranika, osiguranik je dužan dostaviti osiguratelju sudski poziv ili tužbu i sve spise u svezi sa štetnim događajem i zahtjevom za naknadu štete te vođenje spora prepustiti osiguratelju.
- (6) Ako se osiguranik protivni prijedlogu osiguratelja da se zahtjev za naknadu štete riješi nagodbom, osiguratelj nije dužan platiti višak naknade, kamata i troškova koji su zbog toga nastali.
- (7) U slučaju da se oštećenik sa zahtjevom za naknadu štete neposredno obrati osiguratelju, osiguranik je dužan osiguratelju pružiti sve dokaze i podatke kojima raspolaže, a koji su nužni za utvrđivanje odgovornosti za učinjenu štetu i za ocjenu osnovanosti zahtjeva, opsega i visine štete.
- (8) Ako zbog promijenjenih okolnosti osiguranik stekne pravo da se ukine ili smanji renta oštećenoj osobi, dužan je o tomu izvijestiti osiguratelja. Ako se osiguranik ne drži obveza iz ovog članka, snosit će štetne posljedice koje zbog toga nastanu, osim ako bi one nastale i da se držao obveza.

Osigurateljeve obveze nakon zahtjeva oštećene osobe

Članak 32.

- (1) U vezi sa zahtjevom za naknadu štete podnesenim od oštećene osobe osiguratelj je u obvezi:
 - a) zajedno s osiguranikom poduzeti obranu od neosnovanih ili pretjeranih zahtjeva za naknadu štete (pravna zaštita - članak 33.);
 - b) udovoljiti osnovanim zahtjevima za naknadu štete (naknada štete - članak 34.);
 - c) naknaditi troškove sudskog postupka (naknada troškova postupka - članak 35.).

Pravna zaštita

Članak 33.

- (1) Osigurateljeva obveza u pružanju pravne zaštite obuhvaća:
 - a) ispitivanje osiguranikove odgovornosti za nastalu štetu;
 - b) vođenje spora ako oštećeni ostvaruje pravo na naknadu štete u parničnom postupku protiv osiguratelja neposredno;
 - c) davanje u osiguranikovo ime svih izjava koje smatra korisnim za zadovoljenje ili obranu od neosnovanog ili pretjeranog zahtjeva za naknadu štete
- (2) Osiguratelj može u parnici sudjelovati u svojstvu umješača.
- (3) Osiguratelj je ovlašten odbiti vođenje spora ili prepustiti vođenje spora osiguraniku, ako ocijeni da nema više mjesta za pružanje pravne zaštite s obzirom na odnos visine zahtjeva za naknadu štete i visine osiguranog iznosa.
- (4) U slučaju da osiguratelj na ime naknade štete isplati osigurani iznos prije pokretanja spora, prestaje i njegova obveza na pravnu zaštitu.

Naknada štete

Članak 34.

- (1) Osiguratelj isplaćuje naknadu iz osiguranja na temelju:
 - a) priznanja koje je dao ili odobrio;
 - b) nagodbe koje je zaključio ili odobrio;
 - c) sudske odluke, ali najviše do iznosa obveze iz ugovora o osiguranju.
- (2) Osiguratelj je ovlašten na ime naknade osiguraniku položiti osigurani iznos umanjen za iznos ugovorene franšize, te se u tom slučaju oslobađa svih obveza i postupaka u vezi s osiguranim slučajem.
- (3) Kada je osiguranik u obvezi položiti depozit radi osiguranja naknade štete temeljem zakonskih propisa ili sudske odluke, osiguratelj sudjeluje u deponiranju najviše do visine njegove obveze na naknadu štete.
- (4) Ako je osiguranik obavezan platiti na ime naknade štete rentu, a kapitalizirana vrijednost rente premašuje osigurani iznos umanjen za iznos ugovorene franšize, ili ostatak iznosa nakon odbitka drugih davanja u svezi s tim osiguranim slučajem, dugovana renta naknadit će se samo u omjeru između osiguranog iznosa, odnosno ostatka osiguranog iznosa i kapitalizirane vrijednosti rente. Kapitalizirana vrijednost rente za izračunavanje omjera računa se na temelju tablica smrtnosti za osiguranje života u Republici Hrvatskoj.
- (5) Ako se osiguratelj protivni osiguranikovu prijedlogu da se o zahtjevu za naknadu štete nagodi, dužan je platiti naknadu, kamate i troškove koji zbog toga nastanu, i onda kada premašuju osigurani iznos.

Naknada troškova postupka

Članak 35.

- (1) Osiguratelj naknadi sve troškove parničnog postupka, neovisno o tome da li osiguratelj vodi spor ili oštećeni ostvaruje svoje pravo na naknadu štete u sudskom postupku neposredno protiv osiguranika, ako troškovi

zajedno s naknadom štete (i pripadajućim kamatama) ne premašuju osigurani iznos.

- (2) Osiguratelj plaća troškove branitelju u kaznenom postupku pokrenutom protiv osiguranika zbog događaja koji bi mogao imati za posljedicu postavljanje zahtjeva za naknadu štete na temelju odgovornosti pokrivena osiguranjem, i to samo iznimno: ako je obaviješten o izboru branitelja i prihvatio platiti troškove. Troškove kaznenog postupka i troškove zastupanja oštećenika osiguratelj ne naknađuje.
- (3) Isplatom ugovorenog osiguranog iznosa, osiguratelj se oslobađa daljnjih davanja na ime naknade i troškova po jednom osiguranom slučaju.

Područje na kojem vrijedi osiguranje

Članak 36.

- (1) Osiguranjem su obuhvaćeni osigurani slučajevi nastali na području Europe, a izvan teritorija Republike Hrvatske.

Osiguranje prtljage

Opseg osigurateljeve obveze

Članak 37.

- (1) Osiguranje pokriva gubitak, uništenje ili kašnjenje prtljage koju osiguranik nosi na sebi i sa sobom tijekom trajanja putovanja, u odlasku i dolasku, te za vrijeme boravka, uslijed:
 - prometne nesreće,
 - elementarnih nepogoda (potresa, poplave, oluje i sl.),
 - požara i eksplozije,
 - kaznenog djela treće osobe (krađe, razbojstva), te
 - prilikom predaje prtljage prijevozniku.
- (2) U smislu ovih Uvjeta, mjestom boravka u određitu putovanja smatra se mjesto u kojem osiguranik boravi za vrijeme trajanja putovanja, bez namjere da se u tom mjestu naseli.
- (3) Osiguratelj će pokriti troškove nabavke zamjenske prtljage (nužna zamjenska odjeća, osnovne higijenske i ostale potrepštine i sl.) u visini osiguranog iznosa navedenog na polici osiguranja za kašnjenje prtljage u slučaju da osobna prtljaga koja je predana na prijevoz ne stigne na određite putovanja izvan mjesta prebivališta ili boravišta u roku od 6 sati od dolaska osiguranika zbog zakašnjenja u prijevozu.
- (4) Prtljaga se smatra izgubljenom ako na određite putovanja ne pristigne u roku od 20 dana od dolaska osiguranika.
- (5) Isključuje se odšteta za nabavku zamjenske prtljage pri povratku u mjesto boravišta.

Isključenja i ograničenja osigurateljeve obveze

Članak 38.

- (1) Nakit, satovi, krzno, aparati i uređaji svake vrste s pripadajućom opremom (npr. foto-aparat, video-kamera, mobitel, tablet, laptop) i muzički instrumenti, osigurani su samo ako se nose sa sobom. Ukoliko se nalaze u predanoj prtljazi i za vrijeme uporabe navedeni predmeti nisu ni u kojem slučaju pokriveni osiguranjem.
- (2) Bicikli, kajaci, sportski čamci na sklapanje i gumeni čamci, kao i drugi sportski rekviziti s pripadajućom opremom osigurani su samo za vrijeme prijevoza do i od određita putovanja, te u turističkom smještaju u zaključanoj prostoriji, ali ne i za vrijeme uporabe.
- (3) Prtljaga u parkiranoj vozilu, kamp kućici ili plovilu osigurana je od provalne krađe samo ako se ista nalazi unutar zaključanog vozila, kamp kućice odnosno plovila, ili u zaključanom tvorničkom nosaču opreme, isključivo u vremenu od 6:00 do 22:00 sata. Iznimno, ako prekid putovanja ne traje dulje od 2 sata, osigurateljna zaštita postoji neprekidno.
- (4) Osiguratelj nije u obvezi za:
 - a) štete koje nastanu zbog svojstva ili stanja same prtljage, odnosno unutrašnje mane i prirodnih osobina stvari koje čine prtljagu;
 - b) štete uslijed uništenja odjeće, obuće i osobne prtljage tijekom isprobavanja i nošenja;
 - c) štete nastale uništenjem lomljivih predmeta (od keramike, stakla i sl.);
 - d) oštećenja uslijed kojih su nastale ogrebotine na prtljazi, a posebice ogrebotine na putnim torbama, koferima i sl.;
 - e) krađu prtljage s mjesta bez nadzora i nadgledavanja;
 - f) gubitak prtljage zbog zaboravljanja prtljage uslijed putovanja, odnosno na mjestu određita i mjestu polaska na putovanje;
 - g) štete uslijed gubitka, uništenja i oštećenja osobne kozmetike;
 - h) bilo kakav gubitak kojeg je uzrokovala upotreba, kvarenje i uništenje prouzrokovano gamadi ili drugim insektima, klimatski i atmosferski uvjeti, mehanički ili električni kvarovi, mrljanje ili bilo koji proces bojanja ili čišćenja ili štete koju je uzrokovala voda na bilo koji način;
 - i) štete kada je osiguranik namjerno ili iz grubog nemara prouzročio osigurani slučaj ili kada prilikom nastanka osiguranog slučaja, osobito u prijavi štete, namjerno navede neistinite podatke;
 - j) štete zbog rata ili ratnih događanja (bilo da je rat objavljen ili ne), nereda, masovnih pokreta, terorističkih činova i sabotaza, napada, pobuna, građanskih nemira ili sličnih događaja, kao i zbog aktivnog sudjelovanja u njima, radioaktivne kontaminacije bilo kojeg opisa i bilo kako uzrokovane.

Prijava osiguranog slučaja

Članak 39.

- (1) Osiguranik je obavezan odmah po nastanku štetnog događaja bez odgađanja prijaviti štete nastale zbog kaznenih djela treće osobe nadležnoj ili najbližoj policijskoj postaji.
- (2) Policijski zapisnik treba dostaviti osiguratelju zajedno s pisanom prijavom štete najkasnije u roku 30 (trideset) dana od dana nastanka osiguranog slučaja.
- (3) Štete na predanoj prtljazi moraju se odmah bez odgađanja prijaviti prijevozniku ili organizaciji koja pruža usluge smještaja. Potvrda o šteti izdana od nadležnog poduzeća mora se dostaviti osiguratelju zajedno s pisanom prijavom štete najkasnije u roku 30 (trideset) dana od dana nastanka osiguranog slučaja.
- (4) Ukoliko je šteta u cijelosti naplaćena od nadležnog poduzeća, istu nije moguće naknaditi od osiguranja.

Naknada iz osiguranja

Članak 40.

- (1) Naknada iz osiguranja isplaćuje se u visini ugovorenog osiguranog iznosa na polici za gubitak ili uništenje prtljage te za kašnjenje prtljage.
- (2) Snimljeni materijali koji su pohranjeni na izgubljenim medijima nisu predmet naknade i u svakom slučaju su isključeni iz osiguranja.
- (3) U slučaju štete na prtljazi koju osiguranik nosi sa sobom, osiguranik sudjeluje u šteti s iznosom 50,00 EUR po štetnom događaju.

Osiguranje otkaza putovanja

Osigurani iznos

Članak 41.

- (1) Osigurani iznos jednak je cijeni putovanja koje je osiguranik ugovorio i uplatio i za koje je s osigurateljem zaključio ugovor o osiguranju.

Opseg osigurateljeve obveze

Članak 42.

- (1) Ako osiguranik otkáže ugovoreno putovanje zbog nepredviđenih zapreka, odnosno zapreka koje osiguranik nije mogao spriječiti, izbjeći ili otkloniti, a koje su nastale od trenutka sklapanja ugovora o putovanju do trenutka početka putovanja ili ako zbog istih razloga bude prisiljen prekinuti već započeto putovanje ali pod uvjetom da nije iskoristio više od 50% predviđenog putovanja, osiguratelj će naknaditi osiguraniku troškove otkaza putovanja ako je do njega došlo zbog:
 - a) iznenadne akutne bolesti (osim psihičkih bolesti) koja zahtjeva liječničku skrb, poremećaja u trudnoći, smrtnog slučaja ili teške tjelesne ozljede osiguranika, bračnog, odnosno izvanbračnog druga s kojim osiguranik živi u bračnoj, odnosno izvanbračnoj zajednici, djeteta osiguranika, roditelja, brata, sestre osiguranika ili osoba o kojima osiguranik skrbi;
 - b) osjetljivosti osiguranika na cjepiva, ukoliko su ista neophodna, odnosno koja je osiguranik bio obavezan primiti slijedom propisa države u koju osiguranik putuje;
 - c) šteta većeg razmjera na imovini osiguranika uslijed nastanka elementarne nepogode, požara ili namjernog kaznenog djela treće osobe;
 - d) poziva na vojnu vježbu;
 - e) krađe ili totalne štete na vozilu osiguranika, ako se putuje vozilom.

Naknada iz osiguranja

Članak 43.

- (1) Osiguratelj u slučaju nastanka osiguranog slučaja isplaćuje osiguraniku iznos u visini od maksimalno 90% od iznosa cijene putovanja koji je putnička agencija naplatila od osiguranika prema odredbama o otkazu koje su sadržane u uvjetima ugovora o putovanju.

Prijava osiguranog slučaja

Članak 44.

- (1) Osiguranik je obavezan u roku od 3 (tri) radna dana po nastanku nekog od razloga za otkaz putovanja navedenih u članku 42. ovih Uvjeta otkazati putovanje kod putničke agencije s kojom je zaključio ugovor o putovanju ili kod pružatelja usluga smještaja ili prijevoza za vrijeme putovanja.
- (2) Ako je osiguranik iz bilo kojeg od razloga navedenih u članku 42. ovih Uvjeta morao otkazati ugovoreno ili započeto putovanje, dužan je o tomu izvijestiti osiguratelja u pisanu obliku i to najkasnije u roku 15 radnih dana računajući od dana nastanka razloga za otkaz.

Članak 45.

- (1) Osiguranik je dužan, najkasnije u roku 30 dana od dana kada je putovanje prema planu trebalo započeti, podnijeti osiguratelju odštetni zahtjev zajedno sa sljedećim dokumentima:
 - a) izvornik police osiguranja;
 - b) uplatnicu i ugovor o putovanju kojima potvrđuje da je putovanje uplaćeno;
 - c) pisanu potvrdu putničke agencije o otkazivanju putovanja, pružatelja usluge smještaja i/ili prijevoza; pri tome datum otkaza putovanja mora biti jasn i izričito naveden, a u slučaju prekida već započetog putovanja mora biti naveden datum i mjesto prekida putovanja;

- d) potvrdu putničke agencije, pružatelja usluge smještaja i/ili prijevoza o iznosu koji je ustegnut od osiguranika zbog otkaza odnosno prekida putovanja;
- e) ako je putovanje otkazano ili prekinuto zbog bolesti, tjelesne ozljede, trudnoće ili nepodnošenja cjepiva, osiguranik mora dostaviti osiguratelju cjelovitu medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na bolest, ozljedu, trudnoću i cijepljenje, a koja je povezana s osiguranikovom nemogućnosti korištenja putovanja, te izvješće o bolovanju ili potvrdu poslodavca o korištenju godišnjeg odmora u tom periodu, ukoliko je osiguranik zaposlen;
- f) ako je putovanje otkazano ili prekinuto zbog smrtnog slučaja, osiguranik ili korisnik osiguranja mora dostaviti osiguratelju smrtovnicu / izvod iz matične knjige umrlih;
- g) ako je putovanje otkazano ili prekinuto zbog štete na imovini, vojne vježbe, osiguranik mora dostaviti osiguratelju potvrdu nadležnog tijela.

Kašnjenje leta

Članak 46.

- (1) U slučaju kašnjenja leta dužeg od 4 sata, odnosno ako je uplaćeni let prebukiran ili storniran, a prijevoznik nije u roku 4 sata osigurao alternativan način prijevoza, osiguratelj će isplatiti osigurani iznos naveden na polici osiguranja za pokriće troškova za osvježenje, prehranu, kupnju tiska i sl.
- (2) Osiguranik je dužan prijaviti štetu najkasnije 30 dana po povratku s odredišta te priložiti potvrdu zrakoplovne kompanije o kašnjenju leta.

OFFER ANNEX / INSURANCE POLICY ANNEX
POLICYHOLDER NOTIFICATION CLAUSE

REMARK:

Insurance terms and conditions in English are only an informational translation of the original terms and conditions drawn up in Croatian language. Competent and legally binding are insurance terms and conditions drawn up in Croatian language

Pursuant to the valid provisions of the Insurance Act Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. Zagreb, Slovenska ulica 24, as the Insurer, shall, before concluding the insurance contract, notify the Policyholder of the following information and data:

(1) The Insurer's Company is: Wiener osiguranje Vienna Insurance Group dioničko društvo za osiguranje, with its registered office in Zagreb, Slovenska ulica 24; PIN: 52848403362;

(2) The terms and conditions under which this insurance is concluded are listed in the attached offer/insurance policy of which this Policyholder Notification Clause (hereinafter: the Clause) is a constituent part.

The law applicable to the insurance contract, when Parties are not free to choose the law, is the law of the Republic of Croatia and this is defined in the offer/insurance policy and/or accompanying insurance terms and conditions of which this Clause is the constituent part. If there is freedom of choice of the applicable law pursuant to Article 7 of the Regulation (EC) No. 593/2008 of the European Parliament and Council, Insurer proposes that the law of the Republic of Croatia is applied to the insurance contract. If the applicable regulations in the Republic of Croatia define the use of other substantive law, this other substantive law will apply;

(3) The duration of the insurance contract is specified in the attached offer/insurance policy, of which this Clause is the constituent part;

(4) The rules and terms and conditions for offer withdrawal, desisting from the contract and termination and cancellation of contract.

The written offer sent to the Policyholder for concluding insurance contract shall bind the Offerer, unless the Offerer determines a shorter period, for the period of 8 (eight) days from the day the Policyholder receives the offer, and if a medical examination is required, for the period of 30 (thirty) days. The Offer may be withdrawn only if the Policyholder received a statement on the withdrawal before receiving the Offer or simultaneously with the Offer.

With insurance contracts concluded via remote communication means, and with the expiration date of one month or longer, the Policyholder is entitled to an unilateral termination of the insurance contract within 14 (fourteen) days from the date of contract conclusion, without providing any reason.

The Policyholder is entitled to withdraw from the insurance contract within 14 days pursuant to the provisions of the Consumer Credit Act, if applicable.

In this case, the contract is terminated by means of a written notification which the Policyholder delivers to the Insurer's registered office address via registered mail. The contract is considered to be terminated in time if the termination notification is sent to the Insurer within the termination deadline. The Contract is terminated when the Insurer receives the termination notification.

Regarding insurance contracts with a fixed period of duration, the Policyholders obligations ceases upon expiry of the 24th hour of the day which is indicated in the policy as the insurance expiration date, unless otherwise agreed, i.e. unless otherwise determined by special or additional insurance terms and conditions for certain insurance types.

For insurance contracts of indefinite duration, if only the commencement of insurance is specified in the policy, the insurance shall be automatically renewed from year to year, unless one of the contracting parties notifies the other in writing that it does not wish to renew the insurance contract - at least three (3) months in advance if the notice is given by the Insurer, or at least one (1) month in advance if given by the Policyholder.

In such case, the insurance contract shall terminate at 24:00 hours on the last day of the current insurance year. If the insurance is concluded for a period longer than five (5) years, either contracting party may, after the expiry of that period, terminate the contract by giving written notice to the other party with a notice period of six (6) months.

Reasons for insurance contract termination are specified in the accompanying insurance terms and conditions of individual insurance types;

(5) Insurance premium amount and the manner of payment, the amount of contributions, taxes and other costs when they are calculated with the insurance premium and the total payment amount are specified in the attached offer/insurance policy.

For contracts with indexation, the premium amount shall be adjusted during the contract term as described in the applicable insurance conditions.

Under the applicable Value Added Tax Act, VAT is not calculated for insurance services;

(6) Complaint and dispute resolution procedure.

The Insured, the Policyholder, the Beneficiary under the Insurance Contract and all stakeholders are entitled to file a complaint to the Insurance Company with regard to the provision of insurance services, i.e. with regard to performance of obligations under the insurance contract in the following manner:

- verbally to a record at the Company,
- in writing to the address: Wiener osiguranje Vienna Insurance Group dioničko društvo za osiguranje, Odjel upravljanja pritužbama i prigovorima, Slovenska ulica 24, 10000 Zagreb
- via e-mail to the following address: pritužbe@wiener.hr

The complaint should include:

a) name and surname, as well as the address of the complainant who is a natural person or their legal representative, i.e. company name, registered address and the name of the responsible person of the complainant who is a legal person,

b) reasons for the complaint and claims of the complainant,

c) evidence confirming the allegations in the complaint when it can be attached, and it may include documents which were not considered in the proceedings in which the decision was adopted due to which the complaint is being filed as well as proposals for presenting evidence,

d) date of complaint filing and the signature of the complainant, i.e. their representative,

e) power of attorney, when the complaint is lodged via a proxy.

The Insurer shall, without any delay, confirm the receipt of the complaint in writing and respond to the complaint in writing at the latest within 15 (fifteen) days from the date the complaint was received.

When the response to the complaint does not meet the claims under the complaint or does not meet them in full, the complainant should receive an explanation of the Company's position with regards to the complaint, and the complainant can/may:

a) file a complaint to the insurance ombudsman due to violation of the Code of Business Insurance and Reinsurance Ethics,

b) institute proceedings for amicable dispute resolution, for example, before the Mediation Centre of the Croatian Chamber of Economy and/or Mediation Centre of the Croatian Insurance Bureau

c) file a suit before the competent court.

In the event that despite the efforts to come to an amicable agreement such agreement is not possible, the territorial jurisdiction of the court in Zagreb having subject matter jurisdiction shall be agreed for court disputes. The supervisory body for the supervision of insurance companies is the Croatian Financial Services Supervisory Agency, Ul. Franje Račkog 6, 10 000 Zagreb .

Detailed information on filing complaints is listed on the Company's website www.wiener.hr/pohvale-pritužbe-i-prigovori.aspx

(7) Notwithstanding all other provisions of the Contract governing the application of sanctions regimes or international restrictive measures, as of 01/04/2024 the following Sanctions Clause, which forms an integral part thereof, shall apply to this Insurance Contract:

The Insurer (reinsurer) shall not provide any coverage or be held responsible for paying any claim or providing any benefit under this Contract to the extent to which the provision of such coverage, payment of such claim or provision of any such benefit would expose the Insurer (reinsurer) to any penalty, prohibition or limitation in accordance with the resolutions of the United Nations or to trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, sanctions of the Republic of Croatia, of United Kingdom or of the United States of America, (provided that this does not violate any regulation or any specific national law applicable to the Insurer or reinsurer under this Contract).

ANHANG ZUM ANGEBOT / ANHANG ZUR VERSICHERUNGSPOLITZE
INFORMATIONSKLAUSEL FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER

ANMERKUNG:

Versicherungsbedingungen in deutscher Sprache sind nur eine informative Übersetzung der ursprünglichen Bedingungen in kroatischer Sprache. Maßgebend und rechtsverbindlich sind die in kroatischer Sprache abgefassten Versicherungsbedingungen

Gemäß den Bestimmungen des anwendbaren Versicherungsgesetzes stellt die Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. Zagreb, Slovenska ulica 24, als Versicherer, dem Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrags folgende Informationen und Angaben zur Verfügung:

(1) Firmenwortlaut des Versicherers: Wiener osiguranje Vienna Insurance Group dioničko društvo za osiguranje, mit Sitz in Zagreb, Slovenska ulica 24; Steueridentifikationsnummer (OIB): 52848403362;

(2) Die Bedingungen, unter denen diese Versicherung abgeschlossen wird, sind im beigefügten Angebot/in der Versicherungspolize angeführt, deren Bestandteil diese Informationsklausel für den Versicherungsnehmer (im Folgenden: die Klausel) ist.

Insoweit die Vertragsparteien keine Rechtswahl haben, so ist das auf den Versicherungsvertrag anwendbare Recht das Recht der Republik Kroatien, das auch im Angebot/in der Versicherungspolize und/oder den zugehörigen Versicherungsbedingungen bestimmt ist, deren Bestandteil diese Klausel ist. Sofern nach Artikel 7 der Verordnung (EG) Nr. 593/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates eine Rechtswahl zulässig ist, schlägt der Versicherer vor, dass als maßgebendes Recht auf den Versicherungsvertrag das kroatische Recht angewendet wird. Wenn die Anwendung eines anderen materiellen Rechts auf Grund von in der Republik Kroatien geltenden Vorschriften bestimmt wird, gilt dieses andere materielle Recht;

(3) Die Laufzeit des Versicherungsvertrags ergibt sich aus dem beigefügten Angebot/der Versicherungspolize, deren Bestandteil diese Klausel ist;

(4) Bestimmungen und Bedingungen für den Widerruf des Angebots, Rücktritt vom Vertrag, sowie Kündigung und Beendigung des Vertrags.

Ein schriftliches Angebot an den Versicherer für den Abschluss eines Versicherungsvertrags bindet den Antragsteller 8 (acht) Tage ab Zugang beim Versicherer, wenn dieser keine kürzere Frist gesetzt hat, oder 30 (dreißig) Tage, wenn eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist. Der Rückzug des Angebots ist nur wirksam, wenn beim Versicherer vor oder gleichzeitig mit dem Angebot eine Rücktrittserklärung zugegangen ist.

Bei einem mittels Fernkommunikation abgeschlossenen Versicherungsvertrag mit einer Laufzeit von mindestens einem Monat hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb von 14 (vierzehn) Tagen ab Vertragsschluss einseitig ohne Angabe von Gründen zu kündigen.

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb von 14 Tagen gemäß den Bestimmungen des (kroatischen) Immobilienkreditgesetzes vom Versicherungsvertrag zurückzutreten, wenn dieses Gesetz anwendbar ist.

In diesem Fall wird der Versicherungsvertrag durch eine schriftliche Mitteilung gekündigt, die vom Versicherungsnehmer per Einschreiben an den Sitz des Versicherers zu senden ist. Der Rücktritt vom Vertrag gilt als fristgerecht, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist an den Versicherer abgesendet wurde. Der Vertrag endet mit dem Zugang der Rücktrittserklärung beim Versicherer eingeht.

Im Falle eines befristeten Versicherungsvertrags enden die Verpflichtungen des Versicherers um 24:00 Uhr des in der Polize angegebenen Ablaufdatums, sofern nicht anders vereinbart oder durch Besondere oder Zusatzbedingungen für bestimmte Versicherungsarten nicht anders bestimmt ist.

Ist bei einem unbefristeten Versicherungsvertrag in der Polize nur der Versicherungsbeginn vermerkt, verlängert sich die Versicherung von Jahr zu Jahr, es sei denn, eine der Vertragsparteien informiert die andere schriftlich darüber, dass sie den Versicherungsvertrag nicht verlängern möchte, mindestens 3 (drei) Monate vorher, falls diese Informationen der Versicherer sendet bzw. mindestens 1 (einen) Monat vorher, falls diese Information der Versicherungsnehmer sendet. In diesem Fall endet der Versicherungsvertrag um 24:00 Uhr des letzten Tages des laufenden Versicherungsjahres. Wird die Versicherung für eine Laufzeit von mehr als 5 (fünf) Jahren abgeschlossen, so kann jede Vertragspartei nach Ablauf dieser Frist mit einer Kündigungsfrist von 6 (sechs) Monaten schriftlich den Vertrag kündigen.

Die Gründe für die Beendigung des Versicherungsvertrags ergeben sich auch aus den entsprechenden Versicherungsbedingungen der jeweiligen Versicherungsart;

(5) Die Höhe der Versicherungsprämie und die Zahlungsweise sowie die Beiträge, Steuern und sonstige Kosten, wenn diese mit der Prämie erhoben werden sowie

der insgesamt zu zahlende Betrag, sind im beigefügten Angebot/in der Versicherungspolize anzugeben.

Bei Verträgen mit Indexierung (Wertberichtigung) wird die Prämie während der Versicherungslaufzeit gemäß den Versicherungsbedingungen angepasst.

Für Versicherungsleistungen wird nach dem geltenden Mehrwertsteuergesetz keine Mehrwertsteuer verrechnet;

(6) Beilegung von Beschwerden und Streitigkeiten.

Der Versicherte, der Versicherungsnehmer, der Anspruchsberechtigte/Begünstigte im Versicherungsvertrag und alle Personen mit berechtigtem Interesse haben das Recht, bei der Gesellschaft eine Beschwerde einzulegen, in Bezug auf die Erbringung von Versicherungsdienstleistungen, beziehungsweise in Bezug auf die Erfüllung der Verpflichtungen aus der Versicherungsvertrag:

- mündlich mit Niederschrift in den Geschäftsräumen der Gesellschaft,
- schriftlich an die Adresse: Wiener osiguranje Vienna Insurance Group dioničko društvo za osiguranje, Odjel upravljanja pritužbama i prigovorima, Slovenska ulica 24, 10000 Zagreb
- per E-Mail: pritužbe@wiener.hr

Die Beschwerde muss Folgendes enthalten:

- a) Vor- und Nachname sowie Anschrift des Beschwerdeführers, der eine natürliche Person ist, oder seines gesetzlichen Vertreters, beziehungsweise Firma, Sitz sowie Vor- und Nachname der verantwortlichen Person des Beschwerdeführers, der eine juristische Person ist,
- b) Gründe für die Beschwerde und Ansprüche des Beschwerdeführers,
- c) Beweise, welche das Angefochtene aus der Beschwerde bestätigen, wenn diese beigefügt werden können, wie zum Beispiel Dokumente, die nicht im Verfahren berücksichtigt wurden, in dem die Entscheidung getroffen wurde, gegen welche die Beschwerde eingereicht wird, sowie Vorschläge zur Beweiserhebung,
- d) Datum der Beschwerde und Unterschrift des Beschwerdeführers oder der ihn vertretenden Person,
- e) Vollmacht zur Vertretung, wenn die Beschwerde durch einen Bevollmächtigten eingereicht wird.

Der Versicherer ist verpflichtet, das Einlangen der Beschwerde unverzüglich schriftlich zu bestätigen auf die Beschwerde spätestens 15 (fünfzehn) Tage nach Einlangen schriftlich zu beantworten.

Wenn die Beschwerdebeantwortung die in der Beschwerde gestellten Ansprüche nicht oder nur teilweise erfüllt, sollte dem Beschwerdeführer die Stellung der Gesellschaft in Bezug auf die Beschwerde erläutert werden, und der Beschwerdeführer kann:

- a) eine Beschwerde beim Versicherungsombudsmann wegen Verstoßes gegen den Kodex für Geschäftsethik von Versicherungs- und Rückversicherungsgesellschaften erheben,
- b) ein Schlichtungsverfahren, beispielsweise vor der Schlichtungsstelle der Kroatischen Wirtschaftskammer und/oder dem Mediationszentrum des kroatischen Versicherungsbüros einleiten,
- c) eine Klage beim zuständigen Gericht einreichen.

Für den Fall, dass trotz der Bemühungen um eine einvernehmliche Streitbeilegung keine friedliche Beilegung erreicht wird, wird der Gerichtsstand des sachlich zuständigen Gerichtes in Zagreb vereinbart. Die für die Aufsicht über Versicherungsgesellschaften zuständige Behörde ist die Kroatische Agentur für die Aufsicht über Finanzdienstleistungen, Ul. Franje Račkog 6, 10 000 Zagreb.

Ausführliche Informationen zur Einlegung einer Beschwerde finden Sie auf der Webseite der Gesellschaft www.wiener.hr/pohvale-pritužbe-i-prigovori.aspx

(7) Unabhängig von allen anderen Vertragsbestimmungen, die die Anwendung von Sanktionsregelungen beziehungsweise internationalen Beschränkungsmaßnahmen regeln, gilt ab dem 01.04.2024 für diesen Versicherungsvertrag folgende Sanktionsklausel als Bestandteil des Vertrags: Der Versicherer (Rückversicherer) darf keinen Versicherungsschutz bieten und ist nicht verpflichtet, Schadenersatz zu zahlen oder Leistungen im Rahmen dieses Vertrags zu erbringen, soweit dies gegen Sanktionen, Verbote oder Beschränkungen gemäß Beschlüssen der Vereinten Nationen oder Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, Sanktionen der Republik Kroatien, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika verstößt (sofern dies nicht gegen eine Vorschrift nationales Recht des Versicherers oder des Rückversicherers im Rahmen dieses Vertrags verstößt).

Terms and Conditions of Travel Insurance Package

REMARK:

Insurance terms and conditions in English are only an informational translation of the original terms and conditions drawn up in Croatian language. Competent and legally binding are insurance terms and conditions drawn up in Croatian language

Recitals

The terms and conditions of the travel insurance package form an integral part of the agreement entered into by policy holder and Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d.

Definitions:

- 1) **Insurer** – Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. with whom the insurance agreement was concluded;
- 2) **Policy holder** – a legal or natural person who has concluded an insurance agreement with the insurer;
- 3) **Insured** – the person to whom the insurance agreement relates, may be a natural person only;
- 4) **Insurance beneficiary** – the person entitled to compensation under the insurance agreement. Insurance beneficiaries shall be the legal heirs of the Insured person in the case of death of the Insured. Pursuant to the insurance agreement, the insurance beneficiary of the remaining contracted coverage shall be the insured person himself/herself.
- 5) **Third party** – the person who is not the subject of the insurance agreement, i.e. the person whose liability is not covered by the insurance;
- 6) **Insured amount**- the maximum amount of the Insurer's liability per single insured event;
- 7) **Premium** – the amount that the policy holder shall pay to the Insurer under the provisions of this insurance agreement;
- 8) **Insurance policy** – the document representing the concluded insurance agreement;
- 9) **Family insurance policy** – the insured persons included in the family insurance policy can be spouses, parents, and children (up to 25 years of age), and grandparents. The maximum number of insured persons included in the family insurance policy is 5 persons, of which at least one should be of age;
- 10) **Luggage** – all items for personal use during a trip, including gifts and souvenirs;
- 11) **Amateur athletes** – persons who do not pursue sports as their main activity. They are registered members of a sports organisation at which they train and for which they compete. Any compensation they may receive on the basis of their membership does not represent their regular income;
- 12) **Professional athletes** – persons who pursue sports as their primary activity (training, participation in competitions). The compensation they receive constitutes their regular income.

I. General provisions

Entering into the insurance agreement

Article 1

- (1) An insurance agreement is concluded on the basis of a written insurance policy, exclusively prior to the commencement of a trip.
- (2) Travel cancellation insurance is concluded when entering into a travel agreement or buying a non-refundable ticket. Exceptionally, a travel cancellation may be concluded within five days of the date of the conclusion of the travel agreement or the purchase of airline ticket, provided that the trip does not start within the following 14 days. If the travel cancellation insurance is concluded after the expiry of the fifth day following the conclusion of the travel agreement or the purchase airline ticket contract, there shall be no obligation for the insurer to pay the damages.
- (3) The free insurance of children up to 2 years of age shall be granted under condition that the child is registered with the Insurer when concluding the insurance, and one of the insured persons has the custody of the child.
- (4) Mentally disabled persons and persons declared legally incompetent are excluded from the insurance.
- (5) Persons over the age of 80 may be covered by the insurance paying a 100% premium supplement.
- (6) The insurance agreement shall be considered entered into either after the policy holder and the insurer have signed the insurance policy or after the payment of the premium has been done, provided the same is indicated in the insurance policy.
- (7) In the event of discrepancy between any provision of these Terms and Conditions and the provisions of the policy, the provisions of the policy shall apply.

Commencement and duration of the insurance agreement

Article 2

- (1) The duration of the insurance may be from 1 to 365 days for all short-term individual insurances, while family and group insurance can be contracted for a minimum of 1 to a maximum of 90 days.
- (2) Travel health insurance for persons during the trip and stay abroad, and private liability insurance: The insurer's obligation commences at 00:00 hours on the day which is specified in the policy as the commencement day, but not before the insured person crosses the state border when leaving the Republic of Croatia, if the insurance premium has been paid until then, and ends at 24:00 hours of the day specified in the policy as the day of expiry of the insurance, or earlier if the insured person crosses the state border when he/she returns to the Republic of Croatia before that time.
- (3) Personal accident insurance (accident insurance) – death caused by a traffic accident/bone fracture/wearing plaster, and luggage insurance: Insurance commencement is the date which is specified in the policy as the commencement of the insurance, but not before the trip begins, if the insurance premium has been fully paid until then. Expiry of the insurance is the date which is specified in the policy as the expiry of insurance, but not after the end of the trip.
- (4) Travel cancellation insurance: The insurer's liability for travel cancellation insurance starts at 24:00 hours on the day which is specified on the policy as the date of the conclusion of the insurance agreement, provided that the insurance premium has been fully paid until then, and expires at 24:00 hours on the day when 50% of the anticipated duration of the trip of the insured person has expired.
- (5) Annual travel insurance: If the annual travel insurance has been concluded, the duration of the insurance is one year exclusively, whereas individual trips of the insured person cannot exceed 30 days. The insurer's liability for travel cancellation insurance commences at 24:00 hours on the day which is specified on the policy as the date of the conclusion of the insurance agreement, provided that the insurance premium has been fully paid until then, and expires at 24:00 hours on the day specified in the policy as the day of expiration of the insurance. If only the beginning of the insurance is specified in the Policy, the insurance is concluded for one year and is extended from year to year until one of the contract parties cancels it.

Amendments to the Insurance Conditions of the Insurer's premium system

Article 3

- (1) If the Insurer changes the Insurance Conditions or the Premium system, it is obliged to notify the Policyholder in writing.
- (2) The policyholder has the right to cancel the Insurance Contract within thirty (30) days from the date of receipt of the notification.
- (3) If the Policyholder does not cancel the Insurance Contract within the period referred to in paragraph (2) of this Article, the Insurance Contract shall be amended in accordance with the changes made in the Insurance Terms or with the amended to the premium system from the date indicated in the notification.

Insured amount

Article 4

- (1) The insured amount decreased by the amount of the agreed deductibles shall be the upper limit of the insurer's liability per single insured event.
- (2) If the insured amount is stipulated in a currency other than EUR, the insurer shall pay the indemnity in EUR in the amount calculated at the middle exchange rate of the CNB on the day of indemnity payment.

Claim settlement by the insurance

Article 5

- (1) When an insured event occurs, the insurer shall pay the insurance compensation specified in the agreement within the agreed period, which shall not be longer than fourteen days, counting from the time the insurer was notified that the insured event had occurred.
- (2) However, if a certain period of time is required in order to determine the existence of the insurer's liability or its amount, the insurer shall pay the insurance compensation specified in the agreement within thirty days from the date of the receipt of the claim or notify within the same period that the claim was not founded.
- (3) If the amount of the insurer's liability is not determined within the deadlines set out in paragraphs 1 and 2 of this Article, the insurer shall without delay pay the non-contestable portion of its liability in the concept of advance.
- (4) If the insurer does not fulfill its obligation within the terms of this article, it owes the insured default interest from the date of receipt of the notification of the insured event, as well as compensation for the damage caused to it as a result.

Assignment of the insured person's rights against the responsible person to the insurer (subrogation)

Article 6

- (1) Upon compensation payment and according to the Law, all insured person's rights against the person deemed liable for the loss on any basis, shall be assigned to the insurer up to the amount of the paid compensation.
- (2) If such subrogation is, partially or entirely, made impossible due to the insured person's fault, the insurer shall be released from liability towards the insured person to the extent appropriate.
- (3) The assignment of the insured person's rights to the insurer shall be carried out without detriment to the insured person, and should the compensation received by the insured person from the insurer be, for any reason, lower than the loss he/she sustained, the insured person shall be entitled to the payment of the remaining compensation from the funds of the responsible person before the disbursement of the insurer's claims on the basis of the rights assigned to him.
- (4) By way of derogation from the rules on assignment of the insured person's rights to the insurer, such rights shall not be assigned to the insurer if the damage was caused by the insured person's next of kin, by a person for whose acts the insured person is responsible, a person sharing the same household with the insured person or an insured person's employee, except where such persons have caused the loss deliberately.
- (5) If any of the persons referred to in the previous paragraph was insured, the insurer may request such person's insurer to compensate the amounts it has paid to the insured person.
- (6) The provisions of this Article shall not apply to insurance of passengers against accidents.

Expert opinion procedure

Article 7

- (1) In the event that the claimant, the insured or the insurer do not agree on the cause of the insured event or with regard to the extent of the insurer's liability, the determination of the facts which have given rise to a dispute may be carried out by expert witnesses in order to determine the facts and issues which have given rise to a dispute between the parties. In that case, one expert witness is nominated by the insurer, and the other is nominated by the opposite party. Prior to the expert witnesses' evaluation, the appointed expert witnesses shall determine a third expert witness who shall give their expert opinion only in what refers to the facts on which their findings and opinions differ.
- (2) Each party shall pay the costs of the expert witness it nominated, and each party shall pay half of the third expert witness costs.

Statute of Limitations

Article 8

- (1) Amounts due from the insurance agreement expire by limitation according to the provisions the Civil Obligations Act.

Resolution of Complaints and Disputes

Article 9

- (1) All persons who have a legal interest in the insurance contract concluded according to these Insurance Terms and Conditions will primarily try to settle all their possible disputes with the Insurer, which arise from or are related to the insurance contract in question, amicably.
- (2) The policyholder and the insured may report all disputed questions, complaints and misunderstandings arising from the insurance relationship to the Insurer. Information on how to submit complaints is available in the Policyholder Notification Clause as well as on the Insurer's website www.wiener.hr in the "Support" section.
- (3) In the event of a dispute arising from an insurance contract, the court in Zagreb is competent in all cases.

Jurisdiction in case of a dispute

Article 10

- (1) In the event of a dispute ensuing from the insurance agreement, in all cases the competent court shall be in Zagreb.

Sanctions clause

Article 11

- (1) Information on the sanctions clause is available in the Policyholder Notification Clause.

Final provisions

Article 12

- (1) Information on the applicable law is available in the Policyholder Notification Clause, and the agreed applicable law is specified in the Insurance Offer/Policy.
- (2) The relevant provisions of the valid Obligatory Relations Act and other relevant regulations of the Republic of Croatia apply to all other issues and rights and obligations from this contract that are not regulated by this Offer/Policy and these Insurance Terms.

II. Scope of insurance

Insured persons and risks

Article 13

- (1) The scope of the coverage shall encompass only those insured persons and risks that are specified in the insurance policy.

Travel health insurance

The insured

Article 14

- (1) Pursuant to these special provisions, the insured person during his/her travel and stay abroad may be a citizen of the Republic of Croatia or a foreign national who, according to the Croatian Act on Movement and Residence of Aliens, has the following status in Croatia:
 - an extended stay,
 - a stay based on a business visa, or
 - permanent residence.
- (2) Any foreign visitor during his/her stay in the Republic of Croatia is eligible to be the insured person. A foreign visitor is a person residing outside Croatia who travels in the capacity of a tourist outside his/her home country for a period shorter than 12 months, for any purpose other than engaging in a paid activity in the destination.

Territorial limits

Article 15

- (1) Under these Terms and Conditions, the insurance coverage shall be valid for the countries listed in the insurance policy, except for the countries in which the insured has a permanent residence or the right to public health insurance.

Scope of the insurer's liability

Article 16

- (1) Services provided by the insurer and for which it covers the costs:
 - a) If the insured is ill or injured, the insurer shall:
 - instruct and advise the insured person on how to reach a physician, providing all the necessary information regarding emergency medical assistance, including names, telephone numbers and addresses of doctors, dental practitioners, hospitals, medical centres, pharmacies, health centres which are closest to the insured person's temporary place of residence abroad;
 - select a medical institution that best suits the nature and process of the insured person's illness in case of hospitalisation, reserve a hospital room, take care of transportation to the hospital, inform the hospital about the payment method regarding the bill;
 - if required, enquire about the insured at the hospital to check whether the treatment is being carried out correctly;
 - in the event that the insured at his/her own initiative opts for hospitalisation at an institution which is not suitable for the nature and the course of his/her illness, the insurer shall arrange for the insured to be transferred to an institution which better suits the nature and the course of the insured person's illness;
 - b) If the health condition requires repatriation, the insurer shall organise the repatriation of the insured from the place of stay to the place of residence of the insured or to a hospital in the home country that is selected by the medical staff of the insurer and, if required, accompanied by a medical team up to a limit of 4.000 EUR. If the insured is not a citizen of the Republic of Croatia and wants to be repatriated to his/her home country, the insurer shall arrange repatriation and take financial responsibility up to the limit corresponding to the expense of repatriation of insured persons to Croatia.

The additional costs of transport of the accompanied person shall be covered should the medical staff consider that such accompaniment is necessary. Only the insurer's physicians may decide whether repatriation is recommendable and decide on the method of repatriation. If, in the opinion of the physicians, the insured person's repatriation is possible and the insured declines it, the insurer's services shall be immediately terminated, in particular with regard to the medical or hospital expenses incurred in the event of future return of the insured to his/her home country.
 - c) If the insured must remain hospitalized abroad for more than 7 days after the planned end of the trip and if the insured is accompanied by an insured family member, the insurer shall cover the costs of a hotel room of the person accompanying the insured until the time of the repatriation of the insured. The insurer shall pay a maximum of 50 EUR per night for no more than 7 nights.
 - d) If the insured has incurred the costs of treatment according to a physician's prescription or the costs of hospitalisation:
 - stationary treatment (first medical aid prior to hospitalisation);
 - a medical visit in the place where the insured has fallen ill;
 - necessary medical aids and walking aids which constitute an integral part of the treatment of broken limbs and injuries, as prescribed by physicians;
 - medicines and compensation of medical supplies prescribed by the physician;
 - X-ray, scanner and laboratory diagnostics;

- clinical treatment, including the use of scientifically proven methods at the hospital in the place of the insured person's stay or the nearest suitable hospital;
 - the costs of transportation by formally approved emergency services for the purpose of admitting the insured at the nearest hospital or with the nearest available physician, exceptionally by a taxi up to 1.500 EUR;
 - the costs of transfer to a specialist clinic should it be medically necessary and prescribed by the physician;
 - surgeries, including any surgery-related expenses;
 - dental treatment exclusively for the purpose of relieving acute toothache up to the limit of 150 EUR;
- e) In the case of death of the insured:
- the insurer shall organise and bear the costs of the transportation of the body from the place where the death occurred to the home of the deceased or bear the costs of a funeral at the place of death, up to the limit of 4.000 EUR; this amount includes the costs of a coffin;
 - if the family of the insured organises the transport of the insured person's body prior the insurer's approval, the insurer shall reimburse the costs up to the amount it is usually charged when organising the transport;
 - if the insured is not a citizen of the country from which he/she has come and his/her family wants to repatriate the body to the home country of the deceased, the insurer shall organise the transport of the body and take financial responsibility up to the limit corresponding to the expense of repatriation of the insured to Croatia.
- (2) Justified and necessary costs in terms of these Terms and Conditions imply the costs of medical treatment not exceeding the general level of costs at medical institutions in the area where the insured event occurred when it comes to the same or similar treatment, services or assistance to persons of the same sex and approximate age for similar illness or injury, encrypted according to the International Classification of Disease.

Exclusion of the insurer's liability

Article 17

- (1) The insurer shall not be obliged to pay indemnity in the following cases:
- illnesses due to chronic diseases and consequences thereof, as well as the consequences resulting from earlier accidents, if these consequences were pre-existing and known at the time when the insurance agreement was concluded, even if they were not treated;
 - illnesses which have been treated in the 6 months prior to the inception of the insurance, except in those cases when medical assistance was provided to save the insured person's life or provide relief from acute pain;
 - travel for therapeutic purposes, costs of preventive medicines, recovery in natural reserves, sanatoriums and recovery centres;
 - costs incurred as a result of illness or accident in war or war events (regardless of whether the war was declared or not), riots, mass movements, terrorist acts and sabotage, attacks, rebellions, civil disturbances or similar events;
 - any type of radioactive contamination regardless of its cause;
 - any losses or costs caused by epidemics, pandemics, pollution or natural disasters which were known prior to the departure;
 - losses caused by unnecessary exposure to danger on one's own initiative (except in case of saving someone's life, but not including participation in search and rescue missions) or by involvement in criminal and illegal acts, or as a result of intoxication or addiction (alcohol, drugs, medicines) of the insured;
 - losses as a consequence of performing any reimbursed manual labour or physical activity, if a premium supplement has not been paid. Manual or physical labour is defined as work that requires increased physical activity, such as construction and installation works, working outdoors, working with machinery, work in the service industry (waiters, cooks, maids, etc.);
 - use of drugs or narcotics which were not prescribed by a physician;
 - costs incurred in relation to the treatment of malignant and carcinogenic diseases, other than the costs incurred in taking urgent measures to save the insured person's life or the relieve acute pain;
 - costs of any medical services or assistance in the country of permanent residence;
 - costs of any surgical or medical procedure which can safely be postponed until the return to the homeland;
 - costs of any medical service or medicine previously known to be necessary, which is required during the trip or stay abroad;
 - costs of rehabilitation and physiotherapy, as well as the costs of artificial substitutes or similar aids (dentures, dental and orthopaedic devices, hearing aids, lenses, visual aids, etc.);
 - costs incurred as a consequence of an accident deliberately caused by the insured or a consequence of an attempted or committed suicide;
 - costs incurred as a result of mental illnesses or depression, as well as their consequences, except in case when that disease status occurred for the first time according to medical records;

- pregnancy and consequences or complications thereof, in particular: deliberate termination of pregnancy, birth and miscarriage. However, in case of acute complications during pregnancy, the insurer shall under policy cover the costs of the first medical intervention which may be necessary in order to eliminate the risk to the life of the mother and/or the child;
 - artificial insemination or another infertility treatment as well as the costs of contraception;
 - sexually transmitted diseases, AIDS;
 - accidents arising from practising sports at the amateur or professional level whether in terms of participating in competitions or attending training exercises, if a premium supplement has not been paid;
 - accidents arising from engagement in extreme sports, parachute jumps or the like, extreme mountain climbing without a certified alpine guide and climbing tours above 6,000 m of altitude as well as white water expeditions and sporting activities;
 - accidents arising from operating motor vehicles, vessels or aircraft if the insured does not hold the required official document;
 - accidents resulting from diving if a person does not possess a valid certificate for organized diving;
 - accidents arising from participation in bets or occurring during or as a consequence of a criminal act or a fight (except in case of self-defence);
 - costs incurred as a result of thermal treatment, radiotherapy, phototherapy, heliotherapy, cosmetic surgery;
 - costs of vaccination and costs of dental treatment (except for the costs of emergency dental interventions);
 - treatment or care provided by a physician who is a family member;
 - medical costs which are already indemnifiable on the basis of another agreement or right.
- (2) However, the insurer always guarantees assistance to the insured person in any situation of immediate mortal danger. A situation of mortal danger is deemed to be a situation for which it may be established that the insured would have died if there had been no medical intervention.

Exercising rights under the insurance

Article 18

- (1) In the case of an insured event the insured person is obliged to abide by the insurer's instructions, which are an integral part of the insurance policy.
- (2) Upon report of an insured event, the on call centre approves and provides further instructions for the purpose of performing treatment procedure and the provision of assistance services.
- (3) If the insured adheres to the instructions referred to in paragraph (1) of this Article, he/she shall not be obliged to cover the expenses referred to in Article 16 of these Terms and Conditions abroad.
- (4) If the insured has not complied with the instructions referred to in paragraph (1) of this Article, he/she shall be obliged to inform the insurer of the reasons for this. After determining the liability, the insurer shall compensate the insured person for the costs referred to in Article 15 of these Terms, and Conditions including the costs of home visits and purchase of medicines.
- (5) The insured person shall contact the insurer at the latest 5 days after the insured event, except in unforeseen cases and cases of force majeure.
- (6) In its interventions, the insurer shall always adhere to national and transnational laws and regulations.
- (7) The insurer may not be liable for delays or unexpected events during the execution of contracted services in the event of strike, explosion, demonstrations, mass movements, traffic constraints, sabotage, terrorism, civil or inter-state war, consequences of radioactivity or in any other case of force majeure, unforeseen circumstances or limitations of the insurer's operation.
- (8) The insurer is liable to pay damages only if the following documentation is presented with the proof of insurance (original policy):
- a) original invoices that shall contain the name of the treated person, type of illness, details of the individual items of the medical treatment provided and their dates; in the case of the costs of purchasing medicines, the invoice shall include a prescription issued by a physician, where the prescribed medicines are clearly listed and their corresponding prices quoted, including a pharmacy certificate (stamp) as a proof that the medicine has been paid; in the case of dental services, the invoice shall contain information about the treated tooth and the performed service;
 - b) in the case of reimbursement of the costs of transporting the remains of the insured or his/her funeral in the place of death, the invoices shall be supported by an official death certificate and a report of the coroner with the cause of death stated;
 - c) in the case of transport to the place of permanent residence, the invoices shall be supported by a medical report certifying the necessity of the transport. The insured shall submit all the invoices received at the home address immediately to the insurer for payment. If the insured proceeds contrary to this provision, the insurer shall only reimburse the costs relating to the provided health services, while the costs of the warnings and default interests shall be borne by the insured person.

- (9) The insurer may request translation of the invoice and accompanying medical documentation, and the costs of the translation shall then be borne by the policy holder.

Claim

Article 19

- (1) In order to exercise insurance rights, compensation claims are submitted to the insurer after the use of health services from this contract (at the travel destination) or after transportation to the place of residence, or, in case of death, after transportation of the body or after the funeral at the place of death.
- (2) The policy holder, the insured or the insurance beneficiary shall at the request of the insurer submit all information required to determine the occurrence of the insured event or the scope of the insurer's liability for the payment of the indemnity, including evidence of the actual commencement of the trip.
- (3) At the insurer's request, the insured shall undergo a medical examination by a physician of the insurer's choice.
- (4) The policy holder and the insured shall authorise the insurer to obtain any information necessary for the establishment of the insurer's liability from third parties who are providers of medical and other services within the meaning of these Terms and Conditions.

Personal travel accident insurance (accident insurance)

Eligibility for insurance

Article 20

- (1) The persons insured under these Terms and Conditions shall be included in the full liability of the insurer regardless of their health condition and general working ability, except for mentally ill persons and persons declared legally incompetent who are in any case excluded from the insurance.

Definition of an accident

Article 21

- (1) Within the meaning of these Terms and Conditions, an accident shall be deemed a sudden event occurring independently of the insured person's will, which affects the insured person's body mainly from the outside and abruptly, causing his/her death or bone fracture.
- (2) For the purposes of the preceding paragraph, the following cases are considered to be a personal accident: being run over by a vehicle, being victim of a vehicle crash, an impact by or into an object, an electric shock, a lightning stroke, falling, slipping, and tumbling down.
- (3) The following shall also be considered accidents:
 - burns caused by fire or electricity, hot objects, liquids or steam, acids, lye, etc.;
 - suffocation or drowning;
 - smothering or suffocation resulting from backfilling (under soil, sand, etc.);
 - muscle strains, sprains, dislocations, bone fractures caused by abrupt bodily movements or sudden exertion caused by unforeseen external events, if it is diagnosed by an appropriate specialist physician;
 - the effects of light, sunlight, temperature or bad weather, if the insured person was directly exposed to these due to an accident occurring beforehand, or if the insured person was caught by unexpected circumstances which he/she could not prevent, or if the insured person was exposed to them while saving a human life.
- (3) The following events shall not be considered an accident within the meaning of these Terms and Conditions:
 - contagious, occupational and other diseases, congenital or acquired diseases and/or deformations, as well as the consequences of psychological influences;
 - abdominal hernia, umbilical hernia, hydroceles or other hernias;
 - infections and diseases caused by various allergies, cuts or tearing of blisters or other skin growths;
 - neuromuscular system and endocrine diseases;
 - anaphylactic shock, unless it occurs during medical treatment following an accident;
 - hernia disci intervertebralis, all kinds of lumbalgia, discopathy, sacralgia, coccygodynia, ischialgia and myofascitis, fibrositis, fascitis and all pathoanatomical changes in the lumbar and sacral part denoted by analogous terms;
 - retinal detachment (ablatio retinae) of a previously ill or degeneratively changed eye, apart from retinal detachment of a previously healthy eye that shall be deemed an accident if there are signs of a direct external injury of eyeball diagnosed in a medical institution;
 - consequences of delirium tremens or impact of narcotics;
 - consequences of medical and especially surgical interventions performed for the purpose of treatment or prevention of disease, unless such consequences were caused by proven mistake of medical staff (vitium artis);
 - pathological changes of bones, pathologic fractures, nor stress fractures;
 - accidents due to heart failure (heart attack). Heart failure (heart attack) shall not be considered the result of an accident in any event;

- accidents due to a stroke, a mental or consciousness disorder, unless these are directly caused by an accident which may be understood as such according to the insurer's accepted definition of an accident.

Scope of the insurer's liability

Article 22

- (1) In the case of death resulting from a traffic accident, the insurer shall pay the insured amount indicated in the insurance policy as coverage for death resulting from a traffic accident; A traffic accident shall be deemed an event in which at least one moving means of transport and the insured person, as a driver or passenger or pedestrian in public traffic, have directly participated, and in which the means of transport has directly externally and suddenly impacted the body of the insured person causing his/her death. The insurer shall not be liable in case of for death resulting from a traffic accident if the accident occurs during the use of a means of transport as a consequence of an event that does not have the characteristics of a traffic accident.
In the case of death of an insured person under 14 years of age, the insurer is only liable for the payment of actual funeral expenses which are documented by relevant invoices and up to the sum insured under the insurance policy.
- (2) In the event of a personal accident causing a bone fracture to the insured, the insurer shall pay the amount insured under the insurance policy, regardless of the number of fractured bones. Bone coverage shall not be included in case of bone disorders (osteoporosis, osteomalacia, and osteopathies) nor in other pathological bone fractures.
- (3) If the insured has an accident during the trip, which obliges him/her to wear plaster, the insurer shall pay a one-time compensation for wearing plaster as indicated in the policy. The insurer shall be liable if the plaster has to be worn 14 days and over.

Exclusion of the insurer's liability

Article 23

- (1) Entire insurer's liabilities shall be excluded, if an accident occurs:
 - a) as a consequence of an earthquake;
 - b) as a consequence of war or war events (regardless of whether the war was declared or not), riots, mass movements, terrorist acts and sabotage, attacks, rebellions, civil disturbances or similar events, any type of radioactive contamination regardless of its cause;
 - c) as a consequence of practising sports on an amateur and professional basis during either competitions or trainings;
 - d) accidents arising from engagement in extreme sports, parachute jumps or the like, extreme mountain climbing without a certified alpine guide and climbing tours above 6,000 m of altitude as well as white water expeditions and sporting activities;
 - e) as a consequence of operating motor vehicles, vessels or aircraft if the insured does not hold the required official document;
 - f) as a consequence of diving if a person does not possess a valid certificate for organized diving;
 - g) as a consequence of participation in bets or occurring during or as a consequence of a criminal act or a fight (except in case of self-defence);
 - h) as a consequence of attempted or committed suicide;
 - i) because it was deliberately caused by the policy holder, the insured or the beneficiary;
 - j) as a consequence of alcohol and/or narcotics abuse, regardless of any third-party responsibility for the accident occurred. A personal accident is deemed to have occurred as a result of influence of alcohol if the level of alcohol in the blood, measured immediately after the occurrence of the accident, is higher than that which is permitted by law regulating the operation of vehicles, and in other cases higher than 0.80 g/kg. The insured is deemed to be under the influence of alcohol if after a traffic accident he/she refuses to subject himself/herself to a breath alcohol test, as well as if he/she leaves the place of accident before the arrival of the police, or if he/she fails to call the police or inform the nearest police station of the accident, or if he/she otherwise avoids undergoing a breath alcohol test;
 - k) as a consequence of active engagement in a physical conflict (fight), except in a proven case of self-defence.
- (2) The insurance agreement shall be null and void if at the moment of its concluding the insured event has already taken place or was taking place or it was evident that it would take place, and the paid premium is returned to the policy holder reduced by the costs of the insurer.

Accident Report

Article 24

- (1) The insured person who is injured as a consequence of an accident shall:
 - a) report to the doctor immediately, i.e. call the doctor for examination and provision of necessary aid, undertake all required measures for treatment, and adhere to the doctor's advice and instructions concerning the treatment;
 - b) report the accident to the insurer;
 - c) when reporting the accident, provide the insurer with all necessary reports and information, in particular those about the place and time

- of the occurrence of the accident, full description of the event, name of the doctor who examined and treated him/her or referred him/her to a medical treatment, medical findings about the type and severity of bodily injury, possible consequences, as well as details of the defects, disadvantages and illnesses that the insured might have had before the accident occurred, including X-ray images.
- (2) If the personal accident results in death of the insured, the insurance beneficiary shall inform the insurer thereof in writing, as well as obtain all necessary medical and other documents, including the evidence that he/she is entitled to receive the insured amount.
 - (3) Costs of medical examination and reports (initial and final medical report, medical control and findings of a medical specialist), other costs related to the circumstances under which the accident occurred, including rights set out in the insurance agreement, shall be an obligation of the claimant.
 - (4) If the accident resulted in wearing plaster, the insured person shall report the damage no later than 10 (ten) days on the return from the trip. When reporting an insured event, the insured shall submit a hospital certificate on hospital treatment indicating its duration, as well as medical documentation.
 - (4) The insurer shall be authorised and entitled to request subsequent explanations and evidence which are reasonably relevant for assessing the validity of the claim from the insured person, policy holder, insurance beneficiary, medical institution, or any other legal or natural person, and to take actions at its own expense for the purpose of medical examination of the insured person by its own doctors and medical commissions in order to establish important circumstances about the accident reported.

Private liability insurance

Scope of the insurer's liability

Article 25

- (1) The travel insurance policy covers the civil non-contractual liability of the insured for damages due to death, harm to the body or health and to the damage or destruction of a third person's property.
- (2) The insurance covers the following claims:
 - a) perpetration as a private person in everyday life, other than performing a craft activity or any business activity;
 - b) possession and use of a bicycle without a motor;
 - c) resulting from engagement in amateur sports, except for hunting;
 - d) keeping tame animals when the animals are not kept for economic purposes.

Amplification of insurance

Article 26

- (1) In the same scope as in Article 25, the insurance also covers the liability of under-age children (also grandchildren, adopted children and children taken into care) of the insured.

Exclusions from insurance

Article 27

- (1) Insured persons may not be minors, except for the purposes of Article 26 of these Terms and Conditions, nor persons who are not nationals of the Republic of Croatia.
- (2) The insurance does not apply to:
 - a) damages incurred to the policy holder, insured person, his/her spouse or partner, the insured person's family or other persons living with the insured in the same household;
 - b) damages caused deliberately;
 - c) damages resulting from the possession and use of:
 - aircraft and vessels,
 - motor vehicles and other vehicles that must be registered in accordance with positive legal regulations;
 - d) damage caused by cold weapons and weapons in general;
 - e) damages to property or works performed by the insured or made or delivered by any other person at his/her request or on his/her account if the cause of the damage is in the production or delivery;
 - f) damages arising from defective products;
 - g) damages to third party property caused during the performance of professional activities by the insured on/by such property (e.g. processing, repair, transportation, testing, etc.);
 - h) damages resulting from acts contrary to legislation;
 - i) damages resulting from any environmental impact, especially due to damage caused by contamination (of soil, water and air), damage to plant and animal species and/or protected natural habitats;
 - j) pure property damage in a broader sense, that is, damages that did not result in harm to the body or health of a person nor in damaging or destroying objects;
 - k) damages arising from the violation of the personality right (non-material damage) which is not a direct consequence of harm to the body or to health, and especially all claims arising from the violation of the right to reputation, goodwill, honour, dignity, business secret, business freedom etc.;
 - l) damages that have occurred gradually.

- (3) Insurance shall not cover the liability of the insured person for damage caused on the property arising from:
 - permanent action of the temperature, gases, steam, humidity or precipitations (smoke, ash, dust, etc.), as well as
 - mouldiness, vibrations, noise, etc.,
 - subsidence and landslide,
 - flood of still, flowing and underground waters,
 - damages that have occurred gradually.
- (4) Moreover, the insurance does not apply to:
 - m) damages as a consequence of war or war events (regardless of whether the war was declared or not), riots, mass movements, terrorist acts and sabotage, attacks, rebellions, civil disturbances or similar events;
 - n) liability for damage directly related to the use of nuclear energy, damage directly or indirectly related to high-energy ionizing radiation (e.g. alpha, beta and gamma rays emitted by radioactive substances and neutrons or rays produced in particle accelerators and laser and other similar rays);
 - o) liability for damage directly or indirectly caused by asbestos, products or materials of asbestos of any kind or in any connection with;
 - p) liability for damage directly or indirectly caused by the action of magnetic and electromagnetic fields or nuclear radiation, regardless of their source or origin;
 - q) the insured person's liability on the basis of the contractual amplification of his/her liability, and the cases where he/she would not be held liable according to law;
 - r) damages for which the insured is liable in the capacity of the investor; however, the damages for which the insured is liable in the capacity of the client and/or contractor on his own real estate are covered.

Insured event

Article 28

- (1) Insured event is a future, uncertain adverse event, independent on the insured person's will, on the basis of which a third party could demand compensation. The insured event shall be considered to have occurred at the time when it began to occur.
- (2) A single insured event shall also mean several related damages occurred as a consequence of the same cause.

Insurance validity period

Article 29

- (1) The insurer shall be liable only if the insured event occurs during the term of the insurance.
- (2) In case of losses resulting from health damages which occur gradually, the loss event shall be deemed to have occurred when the health damage is medically diagnosed for the first time.

Insured amount and deductibles (franchise)

Article 30

- (1) The insured person shall participate in each loss with the amount of the agreed deductible of 132,72 EUR. The insured amount specified in the policy and decreased by the amount of the agreed deductibles shall be the upper limit of the insurer's liability per single insured event.

Insured person's obligations after the occurrence of an insured event

Article 31

- (1) The insured person shall notify the insurer on the occurrence of an insured event and on the claim submitted within three days from the moment of becoming aware thereof.
- (2) The insured person shall notify the insurer also when the claim against him/her is filed through the court, when he/she is taken in custody and when the proceedings for the freezing of evidence are instituted.
- (3) If an investigation has been carried out, an indictment issued or a decision on criminal proceedings rendered, the insured person shall immediately notify the insurer thereof, even after reporting the occurrence of the loss event. The insured person shall also submit the findings of the competent body in connection with the loss event occurred.
- (4) The insured person shall not be authorised, without prior consent by the insurer, either to make statements about the claim, and especially to admit it, in part or entirely, or to settle or pay the claim, unless, according to the facts, such admittance, settlement or payment could not have been denied without committing an obvious injustice. If the insured person was misled in thinking that it was his/her responsibility or that the facts were correctly established, this will not justify him/her.
- (5) If the injured party submits a claim for damages against the insured, the insured person shall submit to the insurer a court summons or a complaint and all dossiers related to the loss event and claim for damages and let the insurer handle the dispute.
- (6) If the insured person refuses to agree with the insurer's proposal to solve the claim by settlement, the insurer shall not be obliged to pay any additional compensation, interest and costs arising therefrom.
- (7) If the injured party submits a claim for damages directly to the insurer, the insured person shall provide the insurer with all proofs and

information at its disposal necessary for the establishment of the liability for the loss as well as for the assessment of validity of the claim, scope and amount of the loss.

- (8) If, due to a change of circumstances, the insured person becomes entitled to cancellation or reduction of annuity payable to the injured party, the insured person shall inform the insurer thereof. Should the insured person fail to comply with the obligations under this Article, he/she shall bear negative consequences arising therefrom, unless such consequences would have arisen even if he/she had abided by the above mentioned obligations.

Obligations of the insurer after the claim of the injured party

Article 32

- (1) In connection with the claim submitted by the injured party, the insurer shall:
- oppose unfounded or excessive claims in cooperation with the insured person (legal protection – Article 33);
 - comply with founded claims for reimbursement of damages (reimbursement of damages – Article 34);
 - cover the costs of legal proceedings (reimbursement of the costs of legal proceedings – Article 35).

Legal protection

Article 33

- (1) The insurer's obligation to provide legal protection includes:
- investigation of the insured person's liability for the damage incurred;
 - conduct of legal proceedings if the claimant exercises its right to compensation in civil proceedings against the insurer directly;
 - giving on behalf of the insured all statements deemed useful for the satisfaction or defence of an unfounded or excessive claim for damages.
- (2) The insurer may participate in the proceedings as an intervener.
- (3) The insurer shall be entitled to refuse to conduct a dispute or let the insured handle the dispute if it deems there is no more room to provide legal protection in respect of the amount of damages claim and the insured amount.
- (4) If the insurer disburses the sum insured for the damages before a lawsuit is filed, its obligation in the court procedure also ceases to exist.

Reimbursement of damages

Article 34

- (1) The insurer shall pay the compensation from the insurance on the basis of:
- an acknowledgement it has given or approved;
 - a settlement it has concluded or approved;
 - a court decision, but up to the amount of the insurance agreement liability.
- (2) The insurer is authorised to pay the insured the amount insured reduced by the deductibles and in that case it shall be released from all obligations and procedures related to the insured event.
- (3) When the insured is obliged to deposit an amount for the purpose of securing compensation for damages under legal regulations or a court decision, the insurer shall take part in the deposit up to the amount of its liability for damages.
- (4) If the insured is obliged to pay a rent for the reimbursement of the damage, and the capitalized value of the rent exceeds the insured amount reduced by the deductibles or the remainder of the amount after the deduction of other fees in respect to that insured event, the debited rent shall be reimbursed only to the extent of the insured amount, i.e. the remainder of the insured amount and the capitalized value of the rent. The capitalized value of the rent for calculating the ratio is calculated on the basis of the mortality table for life insurance in the Republic of Croatia.
- (5) If the insurer objects to the proposal of the insured to settle the claim for compensation, he is obliged to pay the fee, interest, and costs incurred thereafter, even when they exceed the insured amount.

Reimbursement of the costs of legal proceedings

Article 35

- (1) The insurer reimburses all costs of legal proceedings, irrespective of whether the insurer is engaged in a dispute or the injured party exercises its right to compensation in the court proceedings directly against the insured, if the costs together with the compensation (and the related interest) do not exceed the insured amount.
- (2) The insurer pays the defence attorney's expenses in criminal proceedings initiated against the insured for an event that could result in claims for damages based on the liability covered by the insurance, but only exceptionally: if it was informed about the choice of the defence attorney and accepted to pay the costs. Costs of criminal proceedings and costs of representation of the injured party shall not be compensated by the insurer.
- (3) By paying off the contracted insured amount, the insurer shall be exempt from further payments in concept of fees and costs per one insured event.

Territorial limits

Article 36

- (1) Insurance shall cover insured events occurring on the territory of Europe, and not on the territory of the Republic of Croatia.

Luggage Insurance

Scope of the insurer's liability

Article 37

- (1) The insurance covers loss of, damage to or delay of the insured person's luggage, both carry-on and checked, during travel to and from the travel destination, as well as during the stay at the place of destination in the following cases:
- traffic accident,
 - natural disasters (earthquakes, floods, storms, etc.),
 - fire and explosion,
 - third person criminal offence (theft, robbery), and
 - handing the luggage to the carrier.
- (2) In terms of these Terms and Conditions, a place of stay at the travel destination is considered to be the place where the insured person is staying during the trip, with no intention to settle there.
- (3) The insurer shall cover the costs of purchasing new luggage (necessary replacement clothes, basic toiletries and other necessities, etc.) up to a maximum insured amount specified in the insurance policy for luggage delay in case that personal luggage which has been handed over to the carrier for the purpose of transportation does not reach travel destination outside his/her place of temporary or permanent residence within 6 hours from the arrival of the insured due to a delay in transportation.
- (4) Luggage shall be considered lost should it not arrive to the travel destination within 20 days from the arrival of the insured.
- (5) Compensation for the purchase of replacement luggage on the return to the place of residence shall be excluded.

Exclusions and limitations of the insurer's liability

Article 38

- (1) Jewellery, watches, fur, devices and appliances of any kind with accompanying equipment (e.g. camera, video camera, mobile phone, tablet, laptop), as well as musical instruments, are insured only if they are carried on the person. Under no circumstances shall the insurance cover the above objects when they are placed in checked luggage or during the time they are being used.
- (2) Bicycles, kayaks, sporting folding boats and rubber boats, as well as other sports equipment with associated equipment, are insured only during transportation to and from the travel destination and in the tourist accommodation in a locked room, but not during the time they are being used.
- (3) Luggage in a parked vehicle, mobile home or a vessel is insured against theft only if the vehicle, mobile home or a vessel in question is locked, or if it is stored in a locked factory equipment carrier, exclusively between 6:00 and 22:00 hours. Exceptionally, if the stopover is not longer than 2 hours, the coverage is continuous.
- (4) This policy does not apply to:
- losses arising from the properties or the condition of the luggage itself, its internal flaws or natural properties of the luggage items;
 - losses arising from destruction of clothing, footwear and personal luggage as a result of fitting and use;
 - losses resulting from the destruction of fragile objects (ceramics, glass, etc.);
 - damage causing scratches on luggage, especially scratches on travel bags, suitcases, etc.;
 - theft of luggage left unattended in a place without supervision and oversight;
 - loss of luggage if it was forgotten during travel, that is, at the place of destination or at the place of departure;
 - damage as a consequence of loss, destruction or damage to personal cosmetics;
 - any loss caused by the use, malfunction or destruction caused by pests or other insects, climatic and atmospheric conditions, mechanical or electrical breakdowns, smearing or any colouring or cleaning process, or damage caused by water in any way;
 - damages when the insured has intentionally or due to gross negligence caused the insured event, or, when the insured event occurs, deliberately discloses false information, in particular in claiming damages;
 - damages as a consequence of war or war events (regardless of whether the war was declared or not), riots, mass movements, terrorist acts and sabotage, attacks, rebellions, civil disturbances or similar events, any type of radioactive contamination regardless of its cause.

Reporting an insured event

Article 39

- (1) The insured person is obliged to report damage caused by a criminal offence of a third person to the competent or nearest police station immediately after the occurrence of the loss event without delay.

- (2) The police record shall be submitted to the insurer together with a written notification of damages no later than 30 (thirty) days after the occurrence of the insured event.
- (3) Damage to the checked luggage shall be reported without delay to the carrier or the organization providing accommodation services. A certificate of damage issued by the competent company shall be submitted to the insurer together with a written notification of damages no later than 30 (thirty) days after the occurrence of the insured event.
- (4) If the damage is fully recovered from the competent company, it cannot be reimbursed from the insurance.

Indemnity

Article 40

- (1) Insurance compensation is paid up to the insured amount specified in the policy for the loss or destruction of luggage and luggage delay.
- (2) Recorded materials that are stored on lost media are not subject to compensation and are in any case excluded from the insurance.
- (3) In the case of damage to the luggage which is hand-carried by the insured, the insured shall participate in the claim in the amount of 50 EUR per loss event.

Travel cancellation insurance**Insured amount**

Article 41

- (1) The insured amount equals the price of the travel agreed upon and paid by the insured in respect of which he/she has concluded an insurance agreement with the insurer.

Scope of the insurer's liability

Article 42

- (1) If the insured cancels the contracted trip due to unforeseen obstacles, i.e. obstacles which could not have been prevented, avoided or eliminated by the insured, and which have arisen between the time of the conclusion of the agreement related to the trip and the commencement of the trip, or if for these reasons the insured is forced to interrupt a trip which has already commenced, providing that he/she had not used more than 50% of the planned trip, the insurer shall indemnify the costs of travel cancellation if it occurred because of any of the following events:
 - a) sudden acute illness (except for mental illness) which requires medical care, pregnancy disorders, death or severe bodily injury of the insured, the insured person's spouse or co-habiting common-law spouse, children, parents, siblings, or persons entrusted to the insured person's care;
 - b) intolerance to vaccination which the insured was obliged to take according to valid legal regulations of the country of destination;
 - c) large-scale damage to the property of the insured caused by a natural disaster, fire or a deliberate criminal act of a third party;
 - d) military exercise;
 - e) theft or total damage to the insured person's vehicle, if travelling by car.

Indemnity

Article 43

- (1) In the case of occurrence of an insured event, the insurer shall pay the indemnity in the amount of up to 90% of the price of the trip that the travel agency charged the insured under the terms of the cancellation contained in the terms of the travel agreement.

Reporting an insured event

Article 44

- (1) The insured is obliged within 3 (three) working days of the occurrence of any reason for travel cancellation as specified in Article 42 of these Terms and Conditions to cancel the trip at the travel agency with which he/she has concluded the travel agreement or to cancel the arrangements with the provider of accommodation and transport during the trip.
- (2) If the insured has to cancel the contracted or commenced trip for any of the reasons laid out in Article 42 of these Terms and Conditions, he/she is obliged to inform the insurer thereof in writing at the latest within 15 working days from the date of the occurrence of the reason for the cancellation.

Article 45

- (1) The insured shall, at the latest within 30 days of the date when the trip should have commenced according to the original plan, submit to the insurer a claim along with the following documents:
 - a) the original insurance policy;
 - b) the payment slip and travel agreement to confirm that the trip has been paid for;
 - c) a written certificate of the travel cancellation by the travel agency or the provider of accommodation and/or transportation whereas the date of travel cancellation shall be shown clearly and explicitly, and, in the case of the termination of a trip which has already

commenced, the date and place of the termination of the trip shall be specified;

- d) a certificate from the travel agency, provider of accommodation and/or transportation indicating the amount that the insured lost due to the cancellation or interruption of travel;
- e) if a trip is cancelled or terminated because of illness, bodily injury, pregnancy or intolerance to vaccine, the insured shall submit to the insurer the complete medical documentation concerning the illness, injury, pregnancy and vaccination which is related to the insured person's inability to travel, as well as a sick-leave report or the employer's certificate on the being on annual leave in that period if the insured is employed;
- f) if a trip is cancelled or terminated because of death, the insured or the beneficiary shall submit to the insurer the death certificate or an extract from the Register of deaths;
- g) if a trip is cancelled or terminated due to damage to property or military exercise, the insured shall submit to the insurer the certificate of the competent authority.

Flight delay

Article 46

- (1) In case of a flight delay of more than 4 hours, i.e. if the paid flight is overbooked or cancelled and the carrier does not provide an alternative means of transport within 4 hours, the insurer shall pay to the insured the insured amount specified in the insurance policy to cover the costs of refreshment, food, purchase of printed matter, etc.
- (2) The insured shall report the damage no later than 30 days upon return from the destination and enclose an airline's flight delay certificate.