



UNIQA osiguranje d.d.
tel. +385 (0) 1 6324 200
faks +385 (0) 1 6324 250
ID št. za DDV: 75665455333
e-pošta: info@unika.hr

PPLS
1/2021

Posebni pogoji

za zavarovanje imetnika Addiko limita Addiko Bank d.d. - Slovenija

Posebni pogoji zavarovanja imetnika Addiko limita Addiko Bank d.d. Slovenija so sestavni del pogodbe o zavarovanju med Addiko Bank d.d. Ljubljana in UNIQA osiguranje d.d. Zagreb.

Sklenitelj zavarovanja in plačnik premije je Addiko Bank d.d. Ljubljana. Zavarovanec je fizična oseba, ki je s zavarovanja sklenila pogodbo za Addiko limit, podpisala zavarovalno polico ali Pristopnico k Pogodbi o zavarovanju kreditojemalcev za stranke Addiko Bank d.d. in prejela Posebne pogoje ter s tem potrdila, da se zavarovanje nanaša nanjo.

Upravičenec zavarovanja je sklenitelj zavarovanja za trajanje pogodbenega roka odplačila Addiko limita. V primeru predčasnega dokončnega odplačila Addiko limita upravičenec zavarovanja postane zavarovanec oziroma v primeru smrti njegovi pravni nasledniki.

Zavarovalnica je UNIQA osiguranje d.d. Zagreb.

Institucija, pristojna za nadzor Zavarovalnice, je Hrvaška agencija za nadzor finančnih institucij s sedežem v Zagrebu.

I) SPLOŠNA DOLOČILA

Zavarovanec je fizična oseba s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji v delovnem razmerju za nedoločen čas, v času pristopa k tem Posebnim pogojem najmanj 3 mesecev neprekinjeno, pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji. Pri zavarovalni pogodbi s kritjem za primer smrti zaradi nezgode in trajne invalidnosti, večje od 50%, je zavarovanec lahko tudi fizična oseba s prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki je upokojenec, samostojni podjetnik s sedežem v Republiki Sloveniji in oseba, ki ni v delovnem razmerju.

Pri sklepanju zavarovalne pogodbe, ki vključuje kritje za primer smrti in trajne invalidnosti, večje od 50%, zaradi nezgode, je zavarovanec lahko samo oseba, ki je dopolnila 18 let starosti in ki ni starejša od 70 let.

Pri sklepanju zavarovalne pogodbe, ki poleg kritja za primer smrti in trajne invalidnosti večje od 50% zaradi nezgode, vključuje tudi kritje bolniške odsotnosti ali kritje brezposelnosti, je zavarovanec lahko samo oseba, ki je dopolnila 18 let starosti in ni starejša od 60 let.

Leta starosti se računajo na polna leta. Starost zavarovanca je razlika med koledarskim letom začetka zavarovanja in koledarskim letom zavarovančevega rojstva.

Osebe, ki so trajno in popolnoma nesposobne za delo, duševno bolne osebe, osebe ki imajo psihične motnje, in osebe z odvzeto poslovno sposobnostjo, ne morejo pristopiti k tem pogojem in pridobiti položaja zavarovanca.

Zavarovanec v delovnem razmerju je fizična oseba v delovnem razmerju za nedoločen čas, ki je zaposlena pri pravni ali fizični osebi s sedežem na območju Republike Slovenije po veljavnih zakonskih predpisih, če je bila do dne prve brezposelnosti po sklenitvi zavarovanja oziroma začasne nezmožnosti za delo v delovnem razmerju neprekinjeno 3 mesecev. Izjemoma, če se je po sklenitvi zavarovalne pogodbe status zaposlitve zavarovanca spremenil v delovno razmerje za določen čas, zavarovalnica ima obveznost za izplačilo zavarovalnine oziroma nadomestila iz zavarovanja v primeru zavarovančeve nezmožnosti za delo (bolniška odsotnost).

Zavarovanec, upravičenec do pokojnine, je fizična oseba, ki mu je po odločbi Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljevanju besedila: Zavod) ali druge pooblaščenice institucije priznana pravica do pokojnine.

Zavarovanec samostojni podjetnik je fizična oseba, ki pod svojim imenom in za svoj račun samostojno opravlja dovoljeno gospodarsko dejavnost z namenom doseganja dobička, ki se ustvarja s proizvodnjo, prometom ali storitvami na trgu, in ki je vpisana v Poslovni register na območju Republike Slovenije.

Začasna nezmožnost za delo (bolniška odsotnost) je odsotnost z dela zaradi bolezni zavarovanca ali poškodbe zaradi nezgode zavarovanca, ko zavarovanec prejema nadomestilo plače po določbah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Začasno nezmožnost za delo zaradi bolezni ali poškodbe zaradi nezgode mora potrditi izbrani osebni zdravnik oziroma organi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (imenovani zdravnik, zdravstvena komisija).

Nezgodna je nenaden in od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki mehanično ali kemijsko od zunaj deluje na njegovo telo in izzove telesne poškodbe ali smrt.

Nezgode vključujejo tudi naslednje primere, ki so neodvisni od volje zavarovanca:

1. utopitev;
2. opekline z ognjem, elektriko ali udarom strele, vročim predmetom, tekočino ali paro, kislino, lužino ipd.;
3. vdihovanje plinov ali par, požiranje strupenih ali jedkih sredstev, razen v primeru, da so ti učinki postopni, kot tudi zastrupitev s hrano.

Trajna invalidnost velja od 50% kot posledica nesrečnega primera (nezgode) je trajna popolna ali delna izguba dela telesa ali organa ali njegove funkcije, ki se določa po končanem zdravljenju po Tabeli za določanje odstotka trajne invalidnosti kot posledice nezgode (nesreče), ki je sestavni del zavarovalne pogodbe. Bolezen je po splošno priznanem stališču medicinske znanosti nenormalno telesno ali psihično stanje.

Brezposelnost zavarovanca, ki je v delovnem razmerju, nastopi, če je zavarovanec v času zavarovalne zaščite brez svoje krivde postal nezaposlen.

Med začasno brezposelnostjo mora biti zavarovanec prijavljen na pristojni državni instituciji za zaposlovanje (Zavod za zaposlovanje) in aktivno iskati novo zaposlitev.

Brezposelnost je krita z zavarovanjem samo v primeru, če delodajalec in zavarovanec nista isti osebi niti nista povezani kot družinski člani oziroma sorodstveno po zakoncu ali krvi v kateremkoli kolenu tako v ravni kot v stranski liniji in če zavarovanec ni ustanovitelj ali lastnik ali solastnik podjetja delodajalca, ali samostojni podjetnik ali druga oseba, ki na trgi samostojno opravlja dejavnost.

Brezposelna oseba je oseba, ki nima sklenjene pogodbe o zaposlitvi, ki je kot brezposelna prijavljena na Zavodu za zaposlovanje in ne ustvarja prihodkov na osnovi samostojnega ali odvisnega dela.

Kot brezposelnost brez krivde zavarovanca šteje brezposelnost zaradi:

- odpovedi s strani delodajalca brez razloga,
- odpovedi pogodbe o delu s strani stečajnega upravitelja v stečajnem postopku,
- upravičene predčasne prekinitev delovnega razmerja na temelju odpovedi delodajalca, če preneha potreba za opravljanjem določenega posla zaradi gospodarskih, tehničnih ali organizacijskih razlogov (poslovno pogojena odpoved) ali na osnovi odpovedi delodajalca zaradi tega, ker delavec - zavarovanec zaradi sprememb v svojem zdravstvenem stanju ne more več pravilno opravljati svoje obveznosti iz delovnega razmerja (osebno pogojena odpoved).

Čakalno obdobje

Čakalno obdobje pomeni obdobje, v katerem zavarovalnica nima obveznosti za izplačilo zavarovalnine oziroma nadomestila iz zavarovanja.

V primeru brezposelnosti zavarovanca se nadomestilo iz zavarovanja ne izplača v prvih treh mesecih trajanja brezposelnosti, če pa je zavarovanec tudi po tem obdobju nezaposlen, se mu bo po preteku tretjega meseca brezposelnosti izplačalo nadomestilo za dva meseca hkrati, naprej se mu bo izplačevalo mesečno nadomestilo vsak mesec, dokler traja brezposelnost, v skupnem trajanju največ 12 mesecev.

V primeru zavarovančeve nezmožnosti za delo, ki ji je vzrok bolezen ali nezgoda (bolniška odsotnost), se nadomestilo ne izplačuje prvih 31 dni med vsako začasno delovno nezmožnostjo, kar predstavlja tako imenovano kvalifikacijsko obdobje. Ko med dvema zavarovalnima primeroma nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali nezgode mine najmanj en dan, začne ponovno teči kvalifikacijsko obdobje 31 dni.

Ponovitev zavarovalnega primera

Zavarovanje krije večkratno ponovitev brezposelnosti in bolniške odsotnosti.

Ponavljjanje primerov brezposelnosti je krito z zavarovanjem če je od zadnjega dne, za katerega je plačano nadomestilo zaradi brezposelnosti, do začetka nove brezposelnosti preteklo vsaj 12 mesecev in če je zavarovanec pred začetkom brezposelnosti bil v neprekinjenem delovnem razmerju za nedoločen čas, najmanj 3 mesecev.

Če se med obdobjem prejetanja nadomestila iz zavarovanja zgodi novo zavarovalni primer, prvotni razlog za prejetanje nadomestila ostaja aktiven in novi primer ne bo sprožil novega obdobja izplačila nadomestila.

Ponavljjanje primerov bolniške odsotnosti je krito z zavarovanjem, če je med dvema zavarovalnima primeroma pretekel najmanj en dan. Takrat začne ponovno teči kvalifikacijsko obdobje 31 dni.

II) IZKLJUČITVE IZ ZAVAROVANJA

Obveznost zavarovalnice za izplačilo zavarovalnine oz. nadomestila iz zavarovanja je izključena:

V primeru brezposelnosti:

- če je delovno razmerje prenehalo sporazumno oziroma po volji zavarovanca,
- če je prej oziroma do dneva časovne veljave zavarovalne pogodbe že bila izrečena odpoved ali je bil sprožen sodni postopek v zvezi s prenehanjem delovnega razmerja ali so zavarovancu bile znane okoliščine, ki so kazale na to, da mu bo delodajalec odpovedal pogodbo o zaposlitvi,
- v primeru prenehanja delovnega razmerja, sklenjenega za določen čas,
- v primeru odpovedi, če je bil zavarovanec zaposlen pri zakoncu ali sorodniku: starši, otroci, bratje, sestre,
- v primeru odpovedi, če je zavarovanec ustanovitelj, lastnik ali solastnik podjetja delodajalca,
- v primeru odpovedi zaradi zavarovančevega kršenja obveznosti iz delovnega razmerja (odpoved iz krivdnih razlogov),
- v primeru zavarovančeve odpovedi pogodbe o delovnem razmerju, prenehanja pogodbe o zaposlitvi zaradi neuspešno opravljene poskusnega dela, prenehanja pogodbe o zaposlitvi zaradi izteka obdobja pripravništva, spremembe delovnega razmerja iz delovnega razmerja s polnim delovnim časom v delovno razmerje s krajšim delovnim časom od polnega.

V primeručasne nezmožnosti za delo (bolniška odsotnost) in trajne invalidnosti:

- zaradi zdravljenja, ki je začeto pred pristopom k zavarovanju ali zdravljenja bolezni ali posledic nezgode, ki je/so obstajale pred pristopom k zavarovanju,
- zaradi nosečnosti, poroda ali nege otroka (porodniški dopust in začasna odsotnost z dela zaradi nege otroka ali ožjega družinskega člana),
- zaradi zdravljenja kroničnih bolezni in poklicnih bolezni,
- zaradi kozmetičnih tretmajev, zdravljenja v toplicah.

Iz zavarovalne zaščite so za vse vrste kritij iz teh pogojev zavarovanja izključeni dogodki, ki so:

- izzvani namerno ali z zavestno malomarnostjo zavarovanca, (namera je enakovredna vsakemu dejanju ali neizvršitvi dejanja, za katera se je z veliko verjetnostjo moralo pričakovati, da bo izzvalo poškodbe, za katere je zavarovanec vseeno sprejel riziko),
- nastali s kaznivim dejanjem ali poskusom kaznivega dejanja s strani zavarovanca, če je bilo storjeno nakleпно,
- neposredno ali posredno povezani z vojnimi dogodki, terorizmom ali izrednimi razmerami v državi,
- so posledica stavke, nasilja ali javnih protestov ali demonstracij, če zavarovanec v njih aktivno sodeluje,
- nastali kot posledica potresa,
- nastali kot posledica poškodbe v času zdravljenja oziroma posegov, ki jih je izvedel ali zahteval sam zavarovanec, razen če je bil vzrok zavarovalni primer,
- samomor ali poskus samomora zavarovanca,
- posledica opravljanja delovnih nalog v vojaški službi,
- zaradi radioaktivne, strupene, eksplozivne ali kakršnekoli druge nevarne lastnosti radioaktivnih snovi,
- nastali zaradi sodelovanja na motociklističnih tekmovanjih (vključno poskusne vožnje in reliji) in na pripadajočih treningih,
- nastali zaradi sodelovanja na nacionalnih in mednarodnih smučarskih tekmovanjih, tekmovanjih iz športnih disciplin na snegu ali ledu ter na službenih treningih za ta tekmovanja,
- nastali pri skakanju s padalom, bungeejumpingom ali pri sodelovanju v speleoloških ali alpinističnih podvigih,
- nastali zaradi motenj zavesti ali zaradi delovanja alkohola, narkotikov ali zdravil v trenutku nastopa nezgode. Če so pri zavarovancu v trenutku nastopa zavarovalnega primera najdene sledi alkohola, narkotikov ali zdravil, se šteje, da je zavarovalni primer nastal zaradi dokazane vzročne povezanosti delovanja alkohola, narkotikov ali zdravil.

Pri nezgodi v letalskem prometu zavarovalno kritje velja samo za posledice nezgode, ki jih zavarovanec utrpí kot potnik v letalskem prometu v motornem letalu z dovoljenjem za prevoz potnikov. Izključeni so dogodki, ki so posledica nezgode v letalskem prometu v motornih jadralnih letalih ali ultralahkih letalih. Potnik v letalskem prometu je vsaka oseba, ki ni član posadke, ne opravlja naloge, vezane za pogon letala, in ki mu letalo ne služi za opravljanje profesionalne dejavnosti.

Iz zavarovalne zaščite je izključena smrt, ki je posledica nezgode, ki se je zgodila pred začetkom zavarovanja.

III) KRAJEVNA VELJAVA ZAVAROVALNEGA KRITJA

Zavarovanje velja na območju Republike Slovenije razen za zavarovanje za primer smrti zaradi nezgode in trajne invalidnosti, večje od 50%, zaradi nezgode, ki velja po vsem svetu.

IV) OBSEG ZAVAROVALNE ZAŠČITE

Za zavarovanca se lahko sklene pogodba o zavarovanju odplačila Addiko limita po enem od spodaj navedenih paketov zavarovanja:

Osnovno zavarovanje – zavarovanje odplačila Addiko limita v primeru smrti ali trajne invalidnosti, večje od 50%, zaradi nezgode ali

Napredno zavarovanje – zavarovanje odplačila Addiko limita v primeru smrti ali trajne invalidnosti, večje od 50%, zaradi nezgode in v primeru bolniške odsotnosti ali

Premium zavarovanje – zavarovanje odplačila Addiko limita v primeru smrti zaradi nezgode, v primeru trajne invalidnosti, večje od 50%, zaradi nezgode, v primeru bolniške odsotnosti in v primeru brezposelnosti

V) ČASOVNA VELJAVA ZAVAROVALNE POGODBE

Če je imetnik Addiko limita pristopil k zavarovanju in če je premija plačana, zavarovanje začne teči z dnem aktivacije Addiko limita in preneha z iztekom pogodbenega obdobja zavarovanja (potekom zavarovanja).

Pogodba o zavarovanju imetnika Addiko limita/zavarovanca se lahko sklene za dobo do 12 let, trajanje zavarovanja pa je enako pogodbenemu obdobju odplačila Addiko limita.

Zavarovanje v vsakem primeru preneha z dnem nastopa zavarovančeve smrti zaradi nezgode ali z dnem, ko je dokazana trajna invalidnost zavarovanca, večja od 50%, zaradi nezgode, a najkasneje z dopolnjenimi 75 leti starosti zavarovanca.

Kritje za primer bolniške odsotnosti ali brezposelnosti v vsakem primeru preneha z upokojitvijo zavarovanca.

V primeru predčasnega dokončnega poplačila Addiko limita se zavarovanje nadaljuje do izteka zavarovanja, skladno z zadnjim veljavnim amortizacijskim načrtom poplačila Addiko limita pred predčasnim dokončnim odplačilom. V tem primeru postane upravičenec do zavarovalnine zaradi nastopa zavarovalnega primera bolezni, brezposelnosti in trajne invalidnosti zavarovanec oziroma v primeru smrti zavarovanca zaradi nezgode njegovi pravni nasledniki, in sicer z dnem, ko so Addiko poplačane vse obveznosti po Addiko limitu (primeroma, a ne izključno: znesek limita, obresti, nadomestila, pristojbine in drugi stroški).

Zavarovanec ima pravico odstopiti od zavarovalne pogodbe s pisnim zahtevkom zavarovalnici. V primeru odpovedi na zahtevo zavarovanca bo zavarovalnica vrnila neizkoriščeni del zavarovalne premije od dne, ko prejme zahtevek, do dneva izteka zavarovanja v primeru, da po tej zavarovalni polici ni bila izplačana zavarovalnina.

VI) ZAVAROVALNA PREMIJA

Zavarovalna premija se plača ob sklenitvi zavarovanja za celotno pogodbeno trajanje zavarovanja.

VII) ZAVAROVALNINA

Če nastopi smrt ali trajna invalidnost zavarovanca, večja od 50%, zaradi nezgode, zavarovalnica plača vse obveznosti po pogodbi za Addiko limit, ki so preostale v trenutku nastopa smrti ali na dan, ko je dokazana trajna invalidnost, večja od 50%, v skladu z veljavnim amortizacijskim načrtom odplačila Addiko limita. Zavarovalnica krije obresti in druge stroške po Addiko limitu, če ti nastanejo v obdobju največ 90 dni po smrti zavarovanca. Zavarovalnica ne plača dolga po Addiko limitu, ki je nastal pred trenutkom nastopa smrti ali dnem, ko je dokazana trajna invalidnost, večja od 50%.

Če smrt ali trajna invalidnost zavarovanca zaradi nezgode, večja od 50%, nastopi v času trajanja zavarovanja, a po predčasnem dokončnem poplačilu Addiko limita, bo zavarovalnica izplačala nadomestilo v višini dolga po Addiko limitu, ki bi ostal v trenutku nastopa smrti ali določiti trajne invalidnosti po zadnjem amortizacijskem načrtu odplačila Addiko limita, če leta ne bi bil predčasno dokončno odplačan.

Z izplačilom zavarovalnine za trajno invalidnost se pravice po zavarovalni pogodbi popolnoma izčrpajo in v primeru, da kasneje nastopi smrt zavarovanca, ne obstaja obveznost za druga izplačila.

Trajna invalidnost kot posledica nesrečnega primera (nezgode) je trajna popolna ali delna izguba dela telesa ali organa ali njegove funkcije, ki se določa po končanem zdravljenju po Tabeli za določanje odstotka trajne invalidnosti kod posledice nezgode (nesreče), ki je sestavni del zavarovalne pogodbe.

Med trajanjemčasne zavarovančeve nezmožnosti za delo (bolniška odsotnost) zaradi bolezni ali nezgode zavarovalnica odplačuje mesečne obveznosti v skladu z amortizacijskim načrtom odplačila Addiko limita, z

začetkom od 32. dne začasne delovne nemožnosti zavarovanca do prenehanja delovne nezmožnosti. Zavarovalnica odplačuje največ 12 mesečnih obveznosti med trajanjem zavarovanja.

Med trajanjem brezposelnosti zavarovanca zavarovalnica odplačuje mesečne obveznosti po amortizacijskem načrtu odplačila Addiko limita, dospele po preteku treh mesecev čakalnega obdobja pa do dneva prenehanja brezposelnosti. Zavarovalnica bo odplačala največ 12 mesečnih obveznosti med trajanjem zavarovanja.

Maksimalni znesek zavarovalnine za mesečno obveznost po pogodbi za Addiko limit ne more biti višji od 1.000 EUR, skupni znesek zavarovalnine za neodplačane mesečne obveznosti Addiko limita pa ne sme biti višji od 100.000 EUR.

VIII) SPREMEMBE PO ZAVAROVANJU IMETNIKA ADDIKO LIMITA

V primeru, da je odobren odlog odplačila Addiko limita s podaljšanjem ročnosti odplačila Addiko limita, za trajanje odloga zavarovanec ni dolžan plačati niti glavnice niti obresti po Addiko limitu, ima pa zavarovanec za trajanje odloga kritje samo za primer smrti zaradi nezgode.

V primeru, da je odobreno podaljšanje ročnosti odplačila Addiko limita ali odlog odplačila Addiko limita z ali brez podaljšanja ročnosti, a med odlogom odplačila obstaja obveznost zavarovanca za plačilo obresti ali obresti in dela glavnice Addiko limita, veljajo vsa dogovorjena kritja, toda njihov obseg ustreza novemu amortizacijskemu načrtu odplačila Addiko limita. V primeru sprememb po zavarovalni polici zaradi reprogramiranja Addiko limita je čas trajanja zavarovanja lahko tudi daljši od 12 let, zavarovalnica pa bo zaračunala doplačilo premije skladno s spremembo rizika, ki je nastal zaradi reprogramiranja Addiko limita.

Če zaradi podaljšanja ročnosti odplačila Addiko limita zavarovanec pred dokončnim plačilom vseh obveznosti presega starostne meje, ki so navedene v tretjem odstavku V. člena teh Pogojev, bo zavarovalnica zaračunala dodatek za vsak riziko za obdobje, v katerem ima zavarovanec pravico dokritja.

IX) KAJ JE POTREBNO STORITI PRED IN PO NASTANKU ZAVAROVALNEGA PRIMERA?

Po nastanku zavarovalnega primera je zavarovanec ali upravičenec obvezen:

- obvestiti zavarovalnico o zavarovalnem primeru, ki se je zgodil, brez odlašanja, resnično, obširno, po telefonu, na številko: 01 513 3577, na elektronsko pošto, na naslov: uniqa.podpora@april.si;
- storiti vse, kar je možno v razumni meri, da bi razjasnil vzroke, potek in učinke zavarovalnega primera;
- dostaviti zavarovalnici dokaze, ki dokumentirajo obstoj in znesek zahtevka za nadomestilo iz zavarovanja, vključno s policijskimi poročili, računi zdravstvenih delavcev in bolnice, odpustnimi pismi, medicinsko dokumentacijo, dokazom o bolniški odsotnosti itd.;
- v primeru zavarovančeve pogodbo o zaposlitvi predčasno brezposelnosti je treba zavarovalnici obvezno poslati: dokaz o obstoju in prenehanju zadnjega delovnega razmerja (potrdilo delodajalca, odločba zadnjega delodajalca o prenehanju delovnega razmerja); prijavo v evidenco brezposelnih oseb; mesečno potrdilo o brezposelnosti Zavoda za zaposlovanje, dokaz o začetku nove zaposlitve ipd.;
- na zahtevo zavarovalnice je treba pristopiti k pregledu pri zdravniku, ki ga izbere zavarovalnica, če je zaradi nezgode prišlo do trajne invalidnosti.

Navedeni dokazi se dostavijo Zavarovalnici v elektronski obliki, vendar pa ima Zavarovalnica pravico zahtevati vpogled v originale oziroma overjene kopije.

Zavarovanec pooblašča vsa pristojna telesa in ustanove, pristojne zdravstvene delavce in/ali bolnice, državne in zasebne zavarovalnice, delodajalca, sklenitelja zavarovanja in druge pravne in fizične osebe, da zavarovalnici zagotovijo informacije in dokaze, ki jih zahteva, in ki so nujni za izvedbo obveznosti iz zavarovalne pogodbe.

Zavarovanec mora o nastanku zavarovalnega primera obvestiti zavarovalca in zavarovalnico. Zavarovalnica obvešča zavarovalca o likvidaciji zavarovalnega primera oziroma upravičenosti do zavarovalnine, zavrnitvah, dopolnitvah dokumentacije itd.

X) REŠEVANJE SPOROV

Vsi spori, ki izhajajo iz teh pogojev ali pogodbe o zavarovanju, se rešujejo najprej v mirnem postopku pri zavarovalnici.

- Pritožba se vložijo pisno na naslov: CORIS d. o. o., Bratov Babnik 10, 1000 Ljubljana ali po elektronski pošti: uniqa.podpora@april.si;
- Pritožba mora vsebovati:
 - ime in priimek ter naslov vlagatelja pritožbe, ki je fizična oseba, ali njegovega zakonitega zastopnika oziroma ime podjetja, sedež ter ime in priimek odgovorne osebe vlagatelja pritožbe, ki je pravna oseba;
 - razloge pritožbe in zahteve vlagatelja pritožbe;
 - dokaze, s katerimi se potrjujejo navedbe iz pritožbe, pritožba lahko vsebuje tudi dokumente, ki niso bili upoštevani v postopku, v katerem je sprejeta odločitev, zoper katero se je pritožba vložila, in predloge za preučitev dokazov;
 - datum vložitve pritožbe in podpis vlagatelja pritožbe oziroma osebe, ki jo zastopa;
 - pooblastilo za zastopanje, ko je pritožba vložena po pooblaščenju.
- Po analizi in preverjanju navedb iz pritožbe bo UNIQA zavarovalnica pisno odgovorila vlagatelju najkasneje v 15 dneh od dneva prejema pritožbe. Če je pritožba vložena po elektronskem naslovu ali če vlagatelj pritožbe to izrecno zahteva, se odgovor lahko pošlje po elektronski pošti ob upoštevanju predpisov, ki urejajo varstvo osebnih podatkov. Na zahtevo vlagatelja pritožbe bo zavarovalnica obvestila vlagatelja pritožbe o prejemu pritožbe in poteku postopka.
- Vsi spori, ki izhajajo iz zavarovalnega razmerja ali v povezavi z njim, vključno s spori, ki se nanašajo na vprašanja njegovega veljavnega nastanka, kršenja ali prenehanja kot tudi na pravne učinke, ki izhajajo iz njega, se lahko pošljejo na mediacijo pri eni od organizacij za mediacijo v Republiki Hrvaški (Hrvaški urad za zavarovanje, Hrvaška gospodarska zbornica itd.), ali organizaciji za mediacijo v zavarovalništvu v Republiki Sloveniji, ki jo organizira Slovensko zavarovalno združenje v okviru Mediacijskega centra ali Varuha dobrih poslovnih praks s področja zavarovalništva. Po preučitvi in preverbi navedb iz pritožbe, UNIQA zavarovalnica v pisni obliki odgovori vlagatelju, in sicer najkasneje v 15-ih dneh od dneva prejema pritožbe.

XI) MEDNARODNI OMEJEVALNI UKREPI

Zavarovatelj zagotavlja kritje le kadar to ni v nasprotju z veljavnimi ekonomskimi, trgovinskimi ali finančnimi sankcijami in/ali embargom Varnostnega sveta Združenih narodov (ZN), Evropske unije (EU), ali z določili katere koli nacionalne zakonodaje, ki se uporablja za stranke ustrezne pogodbe.

Navedeno se nanaša tudi na ekonomske, trgovinske ali finančne sankcije in/ali embargo, ki so ga uvedle Združene države Amerike ali druge države, v kolikor niso v nasprotju z evropskimi ali zakonodajami Republike Slovenije in Republike Hrvaške.

XII) KONČNA DOLOČILA

Za razmerja med skleniteljem zavarovanja, zavarovancem in zavarovalnico, ki niso določena s temi pogoji, veljajo določbe obligacijskega prava in pristojnost slovenskih sodišč.

Za eventualno komunikacijo med zavarovalnico in zavarovancem se uporablja slovenski jezik. Če zavarovanec posluje tudi elektronsko, lahko komunikacija poteka tudi po e-pošti.

Ti pogoji veljajo od 01.02.2021.