



Tehnička specifikacija za uslugu kombiniranog kolektivnog osiguranja osoba od posljedica nezgode

1. Predmet nabave:

Naručitelj nabavlja uslugu kombiniranog kolektivnog osiguranja osoba od posljedica nezgode za okvirno 254.700 zaposlenika (broj zaposlenih u tijelima korisnika Državnog proračuna navedenih u Registru proračunskih i izvanproračunskih korisnika utvrdit će se u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju temeljem podataka iz Registra zaposlenih u javnom sektoru).

Prilikom zaključivanja ugovora o osiguranju, Ugovaratelj osiguranja će utvrditi točan broj zaposlenika koji su osiguranici te će se taj broj navesti u ugovoru o osiguranju, odnosno polici osiguranja i prema njemu će se utvrditi premija osiguranja. Po isteku svake osiguravateljne godine i ugovora o osiguranju odnosno police osiguranja utvrdit će se stvarni broj osoba koje su bile osigurane tijekom trajanja razdoblja osiguranja te će se napraviti konačni obračun premije.

Zaposlenici se osiguravaju 24 sata na dan, za vrijeme i van radnog vremena.

OSIGURANJE SE TRAŽI ZA:

R.br.	OSIGURANI SLUČAJ	MINIMALNI OSIGURANI IZNOS
1	TRAJNI STOPOSTOTNI INVALIDITET	9.000,00 eura
2	SMRT USLIJED BOLESTI	2.300,00 eura
3	SMRT USLIJED NEZGODE	4.500,00 eura

2. Značenje pojedinih izraza u ovoj Tehničkoj specifikaciji:

Osiguranici su zaposleni u

- tijelima državne uprave uz isključenje djelatnih vojnih osoba,
- zaposleni u javnim službama

a) pravne osobe koje su kao proračunski korisnici državnog proračuna navedene u Registru proračunskih i izvanproračunskih korisnika državnog proračuna

b) Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, Hrvatski zavod za zapošljavanje i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

c) osnovnoškolske i srednjoškolske ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska ili jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, kojima se sredstva za plaće osiguravaju u državnom proračunu sukladno posebnom propisu kojim se uređuje odgoj i obrazovanje

d) ostale pravne osobe iz sustava znanosti i obrazovanja kojima se sredstva za plaće osiguravaju u državnom proračunu i

e) javne ustanove kojima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osigurava sredstva za troškove pružanja zdravstvene zaštite osiguranim osobama.

Zaposlenici su državni službenici i namještenici, službenici i namještenici u javnim službama, državni dužnosnici, pravosudni dužnosnici, kao i osobe koje su u radnom odnosu u državnim tijelima prema posebnim propisima, a nemaju status državnih službenika, prema članku 3. Zakona o Registru zaposlenih i centraliziranom obračunu plaća u državnoj službi i javnim službama („Narodne novine“, br. 59/23.).



Ugovaratelj osiguranja (osoba koja s osigurateljem sklopa ugovor o osiguranju) je Ministarstvo pravosuđa i uprave.

Osiguratelj je ponuditelj koji bude odabran u ovom postupku javne nabave i s kojim ugovaratelj osiguranja zaključi ugovor.

Korisnik je osoba kojoj se isplaćuje osigurani iznos.

Osigurani iznos je najveći iznos do kojeg je osiguratelj (odabrani ponuditelj) u obvezi.

Trajni invaliditet je potpuni ili djelomični gubitak organa, trajni, potpuni ili djelomični gubitak funkcije organa ili pojedinih dijelova organa, nakon završenog liječenja

Premija je iznos koji ugovaratelj je dužan platiti osiguratelju po ugovoru o osiguranju.

Polica je isprava o sklopljenom ugovoru.

Lista pokrića je privremeni dokaz o sklopljenom osiguranju i sadrži bitne elemente ugovora o osiguranju

3. Sposobnost za osiguranje

Osobe koje su osigurane uključuju se u potpunu obvezu osiguratelja bez obzira na njihovo zdravstveno stanje i opću radnu sposobnost.

Osoba zaostalog umnog razvoja je osigurana ako je zaposlenik tijela navedenih u točki 2 (dva) ove Tehničke specifikacije.

Osiguranjem nisu obuhvaćeni zaposlenici:

1. koji daju pisanu izjavu da ne žele biti osigurani;
2. koji su kod tijela iz drugog odlomka ove Tehničke specifikacije u građansko - pravnom odnosu;
3. koji se na dan sklapanja ugovora nalaze na bolovanju, ali samo do dana povratka na rad

4. Pojam nezgode

Nezgodom se smatra svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelomični invaliditet ili narušenje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć.

Nezgodom se smatraju naročito sljedeći događaji: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubod kakvim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta.

Nezgodom se smatra i sljedeće:

1. trovanje hranom ili kemijskim sredstvima iz neznanja osiguranika osim u slučaju profesionalnih bolesti;
2. infekcija ozljede prouzročene nezgodom;
3. trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim u slučaju profesionalnih bolesti;
4. opekline vatrom ili električitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.;



5. davljenje i utapanje;
6. gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl.);
7. istegnuće mišica, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastanu uslijed naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima ukoliko je to nakon ozljede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi;
8. djelovanje svjetlosti, sunčanih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je osiguranik bio izložen neposredno uslijed jednog prije toga nastalog nezgodom ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog života;
9. djelovanje rendgenskih ili radijskih zraka, ako nastupi naglo ili iznenada, osim u slučaju profesionalnih bolesti.

Ne smatraju se nezgodom:

1. zarazne, profesionalne i ostale bolesti kao i posljedice psihičkih utjecaja;
2. trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu zbog izravnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je nakon ozljede utvrđena traumatska kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena ozljeda mekih dijelova trbušnog zida u tom području;
3. infekcije i bolesti koje nastanu zbog raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina
tvrde kože;
4. anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju radi nastale nezgode;
5. hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, ishialgija, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko krstačne regije označene analognim terminima;
6. odljepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesno ili degenerativno promijenjenog oka,
a izuzetno se priznaje odljepljenje mrežnice prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi izravne vanjske ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi;
7. posljedice koje nastanu zbog delirijum tremensa i djelovanja droga;
8. posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se poduzimaju u svrhu liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis);
9. patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize;
10. sustavne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti.

5. Početak i trajanje osiguranja.

Osiguranje počinje u 24,00 sata onoga dana koji je naveden u Ugovoru o osiguranju odnosno polici osiguranja kao početak osiguranja i prestaje u 24,00 sati onoga dana koji je u Ugovoru o osiguranju odnosno polici naveden kao dan prestanka osiguranja.

Osobe koje su osigurane uključuju se u potpunu obvezu osiguratelja bez obzira na njihovo zdravstveno stanje i opću radnu sposobnost.

Osoba zaostalog umnog razvoja je osigurana ako je zaposlenik tijela navedenih u točki 2. ove Tehničke specifikacije.

6. Opseg obveze osiguratelja.

Kada nastane nezgoda, odabrani ponuditelj isplaćuje osigurani iznos za slučaj smrti, ako je zbog nezgode ili bolesti nastupila smrt osiguranika, osigurani iznos za slučaj invaliditeta ako je zbog nezgode nastupio potpuni (100%) invaliditet osiguranika. Postotak od osiguranog



iznosa za slučaj invaliditeta koji odgovara postotku djelomičnog invaliditeta, ako je zbog nezgode nastupio djelomični invaliditet osiguranika.

Ako ukupan postotak invaliditeta iznosi preko 50%, tada se na svaki dio postotka invaliditeta koji iznosi preko 50% priznaje dvostruki iznos naknade. Zbroj postotaka invaliditeta prema Tablici invaliditeta zbog gubitka ili oštećenja više udova ili organa zbog jedne nezgode ne može iznositi više od 100%, ali u slučaju priznavanja dvostrukog iznosa naknade isplata može biti veća od osiguranog iznosa koji je ugovoren za slučaj potpunog invaliditeta.

Kad se osiguraniku dogodi nezgoda u Republici Hrvatskoj, osiguratelj isplaćuje nastale troškove spašavanja osiguranika helikopterom ili zrakoplovom, ali najviše do 50% od osiguranog iznosa za slučaj smrti zbog nezgode.

7. Posebni uvjeti

Odabrani ponuditelj je u obvezi isplatiti naknadu i ako je:

1. nezgoda nastala kao posljedica ratnog rizika za sve države, osim za države u kojima je proglašeno ratno stanje;
2. nezgoda nastala kao posljedica rizika sporta i sportske rekreacije. Ukoliko je nezgoda nastupila za vrijeme bavljenja sportom ponuditelj neće obračunavati proporciju ili na bilo koji drugi način ograničiti pravo osiguraniku;
3. osiguranik preminuo i tijekom prvih 6 (šest) mjeseci trajanja osiguranja, u slučaju smrti od bolesti odnosno ako je bolest koja je uzrok smrti nastala ili dijagnosticirana prije početka trajanja ovog ugovora;
4. osiguranik počinio samoubojstvo za cjelokupno vrijeme trajanja ugovora te ponuditelj prihvaća isplatu iste naknade kao i za slučaj smrti uslijed bolesti;
5. osiguranik stariji od 70 (sedamdeset) godina života.
Ukupni broj zaposlenika preko 70 (sedamdeset) godina života kreće se oko 1‰ ukupnog broja zaposlenih za koje se nabavlja usluga kolektivnog osiguranja.
6. ponuditelj prihvaća isplatu naknade za slučaj smrti uslijed bolesti za sve bolesti određene prema MKB-u (međunarodna klasifikacija bolesti).

Navedeni posebni uvjeti moraju biti navedeni kao posebne klauzule na polici osiguranja.

8. Isključenje obveze osiguratelja

Isključene su sve obveze ponuditelja, ako je nezgoda nastala:

1. zbog potresa;
2. zbog objavljenog rata u Republici Hrvatskoj;
3. zbog ratnih događaja, neprijateljstava ili ratu sličnih radnji, građanskoga rata, revolucije, pobune, ustanka ili građanskih nemira koji nastanu iz takvih događaja, sabotaze ili terorizma počinjenog iz političkih pobuda, nasilja ili drugih sličnih događaja u kojima je sudjelovao osiguranik;
4. pri upravljanju letjelicama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlaštenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila;
Smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu kada u svrhu pripremanja i polaganja ispita za dobivanje službene isprave, poduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlaštenog stručnog instruktora.



5. zbog toga što je osiguranik ili korisnik namjerno prouzročio nezgodu;
7. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju kaznenog djela s umišljajem, kao i pri bijegu poslije takve radnje;
8. zbog djelovanja alkohola, opojnih droga ili lijekova na osiguranika, bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe na nastanak nezgode. Smatra se da je nezgoda nastala zbog djelovanja alkohola, ako se poslije nastanka nezgode metodom mjerenja količine alkohola u krvi ili organizmu, utvrdi više od 0,8 g/kg kod vozača, a kod ostalih više od 1,0 g/kg, te u ovakvim slučajevima ne postoji obveza osiguratelja samo ako je takvo alkoholizirano stanje osiguranika imalo uzročnu vezu s nastankom nezgode.

9. Prijava nezgode

Osiguranik koji je zbog nezgode ozlijeđen dužan je:

1. odmah se prijaviti liječniku, odnosno pozvati liječnika radi pregleda i pružanja potrebne pomoći
i odmah poduzeti sve potrebne mjere radi liječenja kao i držati se liječničkih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja;
2. da o nezgodi pismom izvijesti osiguratelja u roku kada mu to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće;
3. da s prijavom o nezgodi pruži osiguratelju sva potrebna izvješća i podatke naročito o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime liječnika koji ga je pregledao i uputio na liječenje ili koji ga lijeći, nalaz liječnika o vrsti i težini ozljede, o nastalim eventualnim posljedicama, kao i podatku o manama, nedostacima i bolestima koje je eventualno osiguranik imao prije nastanka nezgode.

Ako je nezgoda imala za posljedicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja je dužan o tome pismom izvijestiti osiguratelja i pribaviti potrebnu medicinsku i ostalu dokumentaciju.

Osiguratelj je ovlašten i ima pravo od osiguranika, ugovaratelja, korisnika, zdravstvene ustanove ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe tražiti naknadna objašnjenja i dokaze, kao i da na svoj trošak poduzima radnje u svrhu liječničkog pregleda osiguranika putem svojih liječnika ili liječničkih komisija da bi se utvrdile važne okolnosti u svezi s prijavljenom nezgodom.

10. Utvrđivanje prava korisnika

Ako je zbog nezgode osiguranik umro, korisnik je dužan podnijeti prijavu, policu, dokaz o svojem pravu na primanje osiguranog iznosa i dokaz da je smrt nastupila kao posljedica nezgode.

Ako je kod osiguranika postojao trajni invaliditet kao posljedica ranije ozljede ili degenerativnih bolesti prije nastanka nezgode, obveza osiguratelja određuje se prema novom invaliditetu, odnosno prema razlici između ukupnog postotka invaliditeta nakon nastanka nezgode i postotka invaliditeta prije nastanka nezgode u skladu s Tablicom invaliditeta osiguratelja.

11. Isplata osiguranog iznosa

Osiguratelj je dužan isplatiti osigurani iznos, odnosno njegov odgovarajući dio osiguraniku, odnosno korisniku u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.



Ako iznos osigurateljeve obveze ne bude utvrđen u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka odštetnog zahtjeva, osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.

Ne ispuni li osiguratelj svoju obvezu u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka odštetnog zahtjeva, duuguje osiguraniku odnosno korisniku zatezne kamate od dana primitka obavijesti o osiguranom slučaju, kao i naknadu štete koja mu je uslijed toga nastala.

Osiguratelj je dužan isplatiti ugovoreni iznos, samo ako je nezgoda nastupila za vrijeme trajanja osiguranja i ako su posljedice mezgode nastupile tijekom godine dana od dana nastanka nezgode.

Konačni postotak invaliditeta određuje se prema Tablici invaliditeta poslije završenog liječenja u vrijeme kad je kod osiguranika, u odnosu na ozljede i nastale posljedice, nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema liječničkom predviđanju ne može očekivati da će se stanje pogoršati ili poboljšati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku treće godine od dana nastanka nezgode, kao konačno stanje uzima se stanje po isteku toga roka i prema njemu se određuje postotak invaliditeta.

Ako nije moguće poslije nastanka nezgode utvrditi konačni postotak invaliditeta, osiguratelj će osiguraniku isplatiti iznos koji nesporno odgovara postotku invaliditeta za koji se već tada može na temelju medicinske dokumentacije utvrditi da će trajno ostati.

Ako osiguranik umre prije isteka godine dana od dana nastanka nezgode od posljedica te nezgode, a konačni postotak invaliditeta je bio već utvrđen, osiguratelj isplaćuje iznos koji je određen za slučaj smrti, odnosno razliku između osiguranog iznosa za slučaj smrti i iznosa koji je bio prije toga isplaćen na ime invaliditeta, ukoliko takva razlika postoji.

Ako konačni postotak invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre zbog istog nezgode, osiguratelj isplaćuje osigurani iznos određen za slučaj smrti, odnosno samo razliku između tog iznosa ili eventualno već isplaćenog dijela (akontacije), ali samo tada ako je osiguranik umro najkasnije u roku od 3 godine od dana nastanka nezgode. Ako prije utvrđenja konačnog postotka invaliditeta u roku od 3 godine od dana nastanka nezgode nastupi smrt osiguranika iz bilo kojeg drugog uzroka, visinu obveze osiguratelja iz osnova invaliditeta utvrđuje liječnik na temelju postojeće medicinske dokumentacije.

U slučaju nezgode i spašavanja osiguranika helikopterom ili zrakoplovom, osiguratelj naknađuje samo nužne i dokazane troškove koji su nastali radi spašavanja života osiguranika na nepristupačnim mjestima ili radi pružanja nužne i hitne medicinske pomoći. Troškovi za spašavanje u pravilu se isplaćuju osobi koja dokaže da je snosila te troškove.

12. Pravo na naknadu

Osiguratelj koji je isplatio osigurani iznos ne može imati, niti po kojim temeljima, pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastupanje osiguranog slučaja.

Pravo na naknadu od treće osobe odgovorne za nastupanje osiguranog slučaja pripada osiguraniku, odnosno korisniku, neovisno od njegovog prava na osigurani iznos po polici koja bude zaključena temeljem ovog postupka javne nabave.



13. Korisnici osiguranja za slučaj smrti osiguranika

Korisnici osiguranja za slučaj smrti osiguranika su bračni drug osiguranika odnosno njegov izvanbračni drug, ako ga nema, osiguranikova djeca, ako nema djece, osiguranikovi roditelji, ako nema roditelja ostali zakonski nasljednici.

Bračni drug osiguranika je ona osoba koja je bila u braku s osiguranikom u trenutku njegove smrti, kada se radi o određivanju korisnika. Izvanbračni drug osiguranika je ona osoba koja je bila u izvanbračnoj zajednici s osiguranikom u trenutku njegove smrti. Izvanbračnom zajednicom, u smislu ove tehničke specifikacije, smatra se životna zajednica neudane žene i neoženjenog muškarca koja je trajala dulje vrijeme a prestala ostaviteljevom smrću, pod uvjetom da su bile ispunjene pretpostavke koje se traže za valjanost braka. Korisnik za slučaj invaliditeta je sam osiguranik.

Ako je maloljetna osoba korisnik osiguranja, isplatu osiguranog iznosa odnosno naknade, isplatit će osiguratelj njegovim roditeljima, odnosno skrbniku. U tom slučaju osiguratelj ima pravo od ovih osoba zahtijevati da prethodno pribave rješenje nadležnog organa skrbništva na prijem osigurane svote, odnosno naknade, koja pripada maloljetnoj osobi.

14. Dodatna obveza osiguratelja

Za potrebe prijave šteta osiguratelj je dužan prije sklapanja Okvirnog sporazuma usuglasiti sa naručiteljem postupke i procedure prijave šteta te o tome izraditi zaseban dokument, Protokol o prijavi šteta, koji će nakon usuglašavanja ovjeriti Naručitelj i Osiguratelj.

Navedenim Protokolom o prijavi šteta osiguratelj će odrediti:

- mogućnosti prijave štete u vremenu od 8:00 do 16:00 sati svakog radnog dana,
- adresu, telefon, fax i e-mail prijave štete,
- osobu za kontakt (imenom i prezimenom) te njezinu zamjenu,
- pisane upute o postupanju i dokumentima koje treba prikupiti za kompletiranje potrebne dokumentacije,
- pisane upute o postupanju ukoliko oštećenik odnosno korisnik osiguranja nije zadovoljan visinom odštete ili obrazloženjem otklona,
- u slučaju spora kao nadležni sud odrediti će se stvarno nadležni sud po mjestu stanovanja oštećenika odnosno korisnika osiguranja.

Ukoliko osiguratelj traži dodatnu medicinsku dokumentaciju koju nije moguće pribaviti bez dodatnih troškova dužan je sam snositi sve takove troškove.

Zbog potrebe kontrole urednosti izvršavanja ugovora o osiguranju i potrebe kontrole načina i korektnosti rješavanja šteta osiguratelj je dužan dozvoliti stručnoj osobi koju odredi naručitelj ili ugovaratelj osiguranja potpuni pristup svim podacima o štetama, a koji je potreban radi njihove kontrole.

Osiguratelj je nadalje obavezan dostavljati kumulativni pregled šteta za svaka tri mjeseca i to u roku od 30 dana nakon isteka tromjesečja. Nakon isteka Okvirnog sporazuma osiguratelj je dužan u roku od 90 dana dostaviti u jednoj tablici kumulativni pregled šteta za cijelo razdoblje trajanja okvirnog sporazuma, sve s podacima kako je to navedeno u tablici.



Kumulativni pregled šteta za razdoblje od: xx.yy.gggg. do dd.mm.yyyy.

Osigurani slučaj	Broj prijavljenih šteta	Broj otklonjenih šteta	Broj likvidiranih šteta	Ukupan iznos likvidiranih šteta	Broj isplaćenih šteta	Ukupan iznos isplaćenih šteta	Broj šteta u sporu	Ukupan iznos šteta u sporu
Trajni invaliditet								
Smrt uslijed bolesti								
Smrt uslijed nezgode								
UKUPNO								

U slučaju da broj utuženja u promatranom razdoblju bude veći od 5% ukupno prijavljenih šteta, naručitelj može tražiti nezavisnu reviziju otklonjenih i/ili utuženih šteta, a ukoliko broj utuženja bude veći od 7% ukupno prijavljenih šteta, naručitelj može raskinuti Okvirni sporazum i ugovor o osiguranju. Naručitelj je predvidio ovu mogućnost s obzirom da iz kumulativnog pregleda šteta koji je prilog ove tehničke specifikacije proizlazi da broj utuženja u posljednje tri godine iznosi oko 1% od ukupno prijavljenih šteta, te da se ovaj postupak provodi za istovrsne osiguranike. S obzirom na navedeno povećanje broja utuženja do 5 odnosno 7% po ocjeni naručitelja ukazivalo bi na potrebu revizije odnosno mogućnost raskida Okvirnog sporazuma, a radi zaštite interesa korisnika.

15. Posebna napomena:

Okvirni sporazum i ugovor o javnoj nabavi zaključeni na temelju provedenog postupka javne nabave moraju biti u skladu s Dokumentacijom o nabavi. Valjana ponuda mora biti u skladu s Dokumentacijom o nabavi. Odredbe Dokumentacije o nabavi i ponude primjenjuju se prije bilo kojih uvjeta ponuditelja (općih, posebnih, dopunskih, tablice invaliditeta i sl.).

Osiguratelj se mora i pri rješavanju odštetnih zahtjeva pridržavati odredbi iz ove Dokumentacije o nabavi, a posebice odredbi iz Tehničkih specifikacija te Tablice za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedice nezgode.

U slučaju nepridržavanja tih odredbi Ugovaratelj će smatrati da je došlo do kršenja Okvirnog sporazuma i ugovora o osiguranju te ih raskinuti.

DODATNI PODACI

Kako bi ponuditeljima pružio podatke potrebne za ocjenu rizika i kalkulaciju premije, naručitelj u sljedećim tablicama daje podatke o povijesti šteta iz prijašnjeg perioda osiguranja.



REPUBLIKA HRVATSKA
Središnji državni ured za središnju javnu nabavu

Ev. broj nabave:
6/2026

Stranica 9 od 9

Kumulativni pregled šteta za razdoblje od 01.01.2023. do 31.12.2023.

Osigurani slučaj	Broj prijavljenih šteta	Broj otklonjenih šteta	Broj likvidiranih šteta	Ukupan iznos likvidiranih šteta	Broj isplaćenih šteta	Ukupan iznos isplaćenih šteta	Broj šteta u sporu	Ukupan iznos šteta u sporu
Trajni invaliditet	1.092	525	413	180.203 €	413	180.203 €	5	15.813 €
Smrt uslijed bolesti	205	7	172	347.025 €	172	347.025 €	0	0,00 €
Smrt uslijed nezgode	11	4	6	23.226 €	6	23.226 €	0	0,00 €
UKUPNO	1.308	536	591	550.455 €	591	550.455 €	5	15.813 €

Kumulativni pregled šteta za razdoblje od 01.01.2024. do 31.12.2024.

Osigurani slučaj	Broj prijavljenih šteta	Broj otklonjenih šteta	Broj likvidiranih šteta	Ukupan iznos likvidiranih šteta	Broj isplaćenih šteta	Ukupan iznos isplaćenih šteta	Broj šteta u sporu	Ukupan iznos šteta u sporu
Trajni invaliditet	897	512	402	192.628 €	402	192.628 €	13	24.921 €
Smrt uslijed bolesti	168	11	168	332.781 €	168	332.781 €	0	0,00 €
Smrt uslijed nezgode	23	1	6	9.736 €	6	9.736 €	4	5.200 €
UKUPNO	1.088	524	576	535.145 €	576	535.145 €	17	30.121 €

Kumulativni pregled šteta za razdoblje od 01.01.2025. do 31.12.2025.

Osigurani slučaj	Broj prijavljenih šteta	Broj otklonjenih šteta	Broj likvidiranih šteta	Ukupan iznos likvidiranih šteta	Broj isplaćenih šteta	Ukupan iznos isplaćenih šteta	Broj šteta u sporu	Ukupan iznos šteta u sporu
Trajni invaliditet	759	420	335	171.887 €	335	171.887 €	13	26.371 €
Smrt uslijed bolesti	145	3	144	319.395 €	144	319.395 €	0	0,00 €
Smrt uslijed nezgode	5	4	9	20.741 €	9	20.741 €	4	5.200 €
UKUPNO	909	427	488	512.023 €	488	512.023 €	17	31.571 €

Ukupan iznos rezerviranih šteta na dan 20.02.2026. godine iznosi: 814.978,26 eura