

Capraška ulica 6  
MB: 1578740  
OIB: 00432869176

Ured: 11001  
Suradnik: 0010  
Zamjena polica broj: 01-0000002069

**POLICA OSIGURANJA OD NEZGODE**  
**broj: 01-0000002070**

Ugovaratelj  
**RH MINISTARSTVO PRAVOSUĐA, UPRAVE I DIGITALNE TRANSFORMACIJE**  
Ulica grada Vukovara 49  
HR- 10000 ZAGREB  
OIB: 72910430276

Osiguranik:  
**Korisnici Državnog proračuna uz  
isključenje pripadnika Oružanih snaga RH**  
- prema privitku polici

**Početak osiguranja** 01.01.2025. u 00:00 sata **Istek osiguranja:** 31.12.2025. u 24:00 sata  
**Korisnik osiguranja za slučaj smrti:** Bračni drug, ako ga nema osiguranikova djeca, ako nema djece osiguranikovi roditelji, ako nema roditelja ostali zakonski nasljednici.

Polica se izdaje sukladno Okvirnom sporazumu broj 4/2024 za nabavu usluge kombiniranog kolektivnog osiguranja osoba od posljedica nezgode

R.br.	Predmet osiguranja	Osigurani iznos	Godišnja premija osiguranja po osobi
	Kombinirano kolektivno osiguranja djelatnika prema službenim podacima u Registru zaposlenih u javnom sektoru (izuzev pripadnika Oružanih snaga RH) od posljedica nesretnog slučaja pri i izvan obavljanja redovnog zanimanja (24 sata). <b>Osigurani slučajevi:</b>		
1.	Smrt uslijed nezgode	5.400,00 EUR	0,36 €
2.	Smrt uslijed bolesti	2.320,00 EUR	1,80 €
3.	Trajni invaliditet uslijed nezgode do	9.250,00 EUR	1,20 €
	<b>Ukupno</b>		<b>3,36 €</b>

Broj osiguranih osoba: 242200

Godišnja premija: 813.792,00 EUR

**Akontacija premije za razdoblje od 01.01.2025.-31.12.2025.: 813.792,00 EUR**

PDV nije obračunat sukladno čl. 40. st.1. Zakona o PDV-u.

Konačni obračun premije izvršiti će se istekom osiguratelnog razdoblja, a utvrđuje se prema prosječnom brojnom stanju osiguranika po mjesecima u tom razdoblju osiguranja.

Akontacija premije osiguranja plaća se kako slijedi:

Br.obr.	Dospijeće	Iznos obroka	Br.obr.	Dospijeće	Iznos obroka
1.	15.01.2025.	203.448,00 €	2.	15.04.2025.	203.448,00 €
3.	15.07.2025.	203.448,00 €	4.	15.10.2025.	203.448,00 €

**Sastavni dijelovi ugovora o osiguranju:**

- Okvirni sporazum broj 4/2024 za nabavu usluge kombiniranog kolektivnog osiguranja osoba od posljedica nezgode ("Okvirni sporazum")
- Tablica invalidnosti sukladno Okvirnom sporazumu
- Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja
- Dopunski uvjeti za kombinirano grupno osiguranje djelatnika od posljedica nesretnog slučaja
- Privitak polici br. 1 (Osiguranici)
- Privitak polici br. 2 (Posebni uvjeti)

IZJAVA ugovaratelja: Potpisom ove police potvrđujem da sam primio i da sam upoznat s Informacijama o obradi podataka, Informacijama ugovaratelju osiguranja i Uvjetima koji su naznačeni kao sastavni dio ugovora o osiguranju.

Potpisom ove police potvrđujem da sam upozoren/a na važnost davanja točnih i ažurnih podataka s ciljem ispunjavanja svrhe njihove obrade i da sam upoznat /a s učinkom davanja nepotpunih i netočnih podataka na ugovor o osiguranju i obveze osiguratelja. Potvrđujem da sam pregledao/la sve u njoj navedene podatke te potvrđujem točnost i istinitost podataka.

Prihvaćam da osiguratelj ima pravo na ispravak računskih i drugih grešaka napravljenih prilikom izdavanja police osiguranja.

Zagreb, 23.12.2024.

za osiguratelja

Ugovaratelj osiguranja

**Privitak broj 1 polici osiguranja broj**

**01-0000002070**

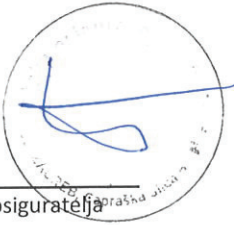
**Osiguranci**

Osiguranci su zaposlenici prema članku 3. Zakona o registru zaposlenih u javnom sektoru (Narodne novine, broj 34/11), a to su državni službenici i namještenici, službenici i namještenici u javnim službama, državni dužnosnici imenovani na dužnost u državnom tijelu ili javnoj službi i pravosudni dužnosnici.

Podaci o navedenim kategorijama zaposlenika vode se u Registru zaposlenih u javnom sektoru.

**UKUPAN broj osiguranih osoba**  
(temeljem kojeg je obračunata akontacija premije osiguranja)

242.200



za osiguratelja

Zagreb, 23.12.2024.




Ugovaratelj osiguranja

**Posebni uvjeti**

Temeljem Okvirnog sporazuma broj 4/2024 za nabavu usluge kombiniranog kolektivnog osiguranja osoba od posljedica nezgode Osiguratelj se obvezuje isplatiti naknadu i ako je:

1. nesretni slučaj nastao kao posljedica ratnog rizika za sve države, osim za države u kojima je proglašeno ratno stanje;
2. nesretni slučaj nastao kao posljedica rizika sporta i sportske rekreacije. Ukoliko je nesretni slučaj nastupio 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.
6. Osiguratelj prihvaća isplatu naknade za slučaj smrti uslijed bolesti za sve bolesti određene prema MKB-u (međunarodna klasifikacija bolesti).

Zagreb, 23.12.2024.

  
za osiguratelja

  
Ugovaratelj osiguranja

# PROTOKOL O PRIJAVI ŠTETA KOD USLUGA KOLEKTIVNOG OSIGURANJA OSOBA OD POSLJEDICA NEZGODE

## PREDMET PROTOKOLA

### Točka I.

Ovim protokolom Središnji državni ured za središnju javnu nabavu i odabrani ponuditelj HOK - OSIGURANJE d.d. (dalje u tekstu: Osiguratelj) uređuju proceduru, potrebnu dokumentaciju i način prijave šteta kolektivnog osiguranja osoba od posljedica nezgode naručitelja temeljem Okvirnog sporazuma, KLASA: 406-01/24-04/14, URBROJ: 535-04-01/3-24-1.

## PRIJAVA I KONTAKT OSOBE

### Točka II.

Osiguratelj se obvezuje pružiti mogućnost prijave štete svakog radnog dana u vremenu od 8:00 - 16:00 sati.

- Adresa na kojoj se osobno ili poštom može prijaviti šteta je **Capraška ulica 6, 10000 Zagreb.**
- Adresa elektroničke pošte putem koje se može prijaviti šteta je: [prijava.sredisnji@hok-osiguranje.hr](mailto:prijava.sredisnji@hok-osiguranje.hr).
- Kontakt osoba za prijavu šteta je:

Mirjana Ivančan, tel: **01 6407 630**, e-mail: [mirjana.ivancan@hok-osiguranje.hr](mailto:mirjana.ivancan@hok-osiguranje.hr).

- Zamjena kontakt osobe je:

Ines Paić, tel: **01 5392 517**, e-mail: [ines.paic@hok-osiguranje.hr](mailto:ines.paic@hok-osiguranje.hr) Prilozi ovog Protokola su Obrasci za prijavu šteta iz točke III. 1.a. i 2.a. ovog Protokola te Hodogram prijave i obrade šteta.

## DOKUMENTACIJA POTREBNA PRILIKOM PRIJAVE ŠTETE

### Točka III.

Dokumentacija koja je potrebna za prijavu i daljnje rješavanje štete je:

1. Ukoliko je nesretni slučaj rezultirao ozljedom osiguranika:
  - a. Obrazac za prijavu nesretnog slučaja s ovjerom/potvrdom od strane poslodavca o radnom odnosu (dio obrasca za prijavu štete),
  - b. Preslika cjelokupne medicinske dokumentacije vezane uz liječenje posljedica nesretnog slučaja,
  - c. Dokaz o nastanku nesretnog slučaja (zapisnik o očevidu, ovjerene izjave očevidaca, rješenje suca za prekršaje, presuda i si.),
  - d. Drugi potrebni dokazi ovisno o okolnostima nastanka nesretnog slučaja (npr. ukoliko je do nesretnog slučaja došlo prilikom upravljanja vozilom, priložiti vozačku dozvolu, prometna dozvolu, zapisnik o alkotestiranju).
2. Ukoliko je nesretni slučaj ili bolest rezultirala smrću osiguranika:
  - a. Obrazac za prijavu štete s ovjerom/potvrdom od strane poslodavca o radnom

- odnosu (dio obrasca za prijavu štete),
- b. Izvadak iz knjige umrlih / Smrtni list,
  - c. Dokaz o srodstvu (vjenčani list, rodni list, rješenje o nasljeđivanju, rješenje organa skrbništva),
  - d. Otpusno pismo iz bolnice/nalaz mrtvozornika ili obdukcijski nalaz.

## NAČIN SLANJA PRIGOVORA

### Točka IV.

Ugovaratelj, osiguranik, odnosno korisnik i njegov punomoćnik, imaju pravo podnijeti pritužbu na rješenje odštetnog zahtjeva, sukladno internim aktima Osiguratelja i primjenjivim propisima Republike Hrvatske.

Pritužba je izjava nezadovoljstva upućena od strane osiguranika, ugovaratelja osiguranja ili korisnika iz ugovora o osiguranju koja se odnosi na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenja obveza iz ugovora o osiguranju.

Pritužba se može uputiti osiguratelju na sljedeće načine:

- a. usmeno na zapisnik ili pismeno u sjedištu Osiguratelja, Zagreb, Capraška ulica 6,
- b. putem pošte na adresu HOK - OSIGURANJE d.d., kontakt centar, Capraška ulica 6, 10000 Zagreb,
- c. putem elektroničke pošte na adresu elektroničke pošte: [pritužbe@hok-osiguranje.hr](mailto:pritužbe@hok-osiguranje.hr),
- d. ili ispunjavanjem obrasca na Internet stranicama Osiguratelja: <http://www.hok-osiguranje.hr/>.

Pritužba treba sadržavati:

- a. ime i prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno, tvrtku, sjedište i ime i 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 u pisanom obliku odgovoriti na pritužbu najkasnije u roku od petnaest (15) dana od dana primitka pritužbe.

Odgovor na pritužbu treba biti obrazložen i potpisan.

Ako je pritužba podnesena elektroničkom poštom ili podnositelj pritužbe to izričito traži, odgovor na pritužbu dostavlja se elektroničkom poštom koja se razumijeva kao preporučena pošiljka upućena poštom i proizvodi jednake pravne učinke.

## OSTALE ODREDBE

### Točka V.



Osiguratelj može zatražiti od osiguranika, odnosno korisnika osiguranja, po potrebi, sukladno odredbama propisa o zaštiti prava pacijenata odnosno liječništvu, da posebnom punomoći ovlasti osiguratelja za uvid u svu liječničku dokumentaciju koja je pohranjena u odgovarajućim medicinskim ustanovama u kojima se osiguranik do tada liječio te osiguratelju pružiti sva naknadna objašnjenja i predočiti na uvid odgovarajuće dokaze kako bi se u potpunosti utvrdile okolnosti u svezi s osiguranim rizikom. Ukoliko osiguratelj traži dodatnu medicinsku dokumentaciju koju nije moguće pribaviti bez dodatnih troškova, dužan je sam snositi 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, potpuni pristup svim podacima o štetama, a koji je potreban radi njihove kontrole.

ZA OSIGURATELJA:

**HOK - OSIGURANJE d.o.o.**

predsjednik uprave

Hrvoje Pezrić

  
\_\_\_\_\_  


članica uprave

Ljilja Vasilj-Starčić

  
\_\_\_\_\_

ZA NARUČITELJA:

**Središnji državni ured  
za središnju javnu nabavu**

državni tajnik središnjeg  
državnog ureda

Ivan Bubić

  
\_\_\_\_\_  




**HOK**  
**OSIGURANJE**

*hrvatska osiguravajuća kuća d.d.*

**HODOGRAM PRIJAVE I OBRADE ŠTETA - SREDIŠNJI DRŽAVNI URED ZA JAVNU NABAVU**

Faza	Aktivnosti	Nositelj aktivnosti	Trajanje aktivnosti - rok
<b>Prijava štete</b>	Osiguranik pisanim putem, korištenjem službenog obrasca "PRIJAVA ŠTETE IZ OSIGURANJA OD NEZGODE", prijavljuje štetu Osiguratelju i prilaže potrebnu dokumentaciju.	Osiguranik / Korisnik	u roku kada mu njegovo zdravstveno stanje to omogući
<b>Kontakt podaci za prijavu štete</b>	Adresa: HOK-osiguranje d.d. Capraška ulica 6, Zagreb Telefon: 01 222 2222 / 01 6407 630 / 01 5392 517 E-mail: prijava.sredisnji@hok-osiguranje.hr Kontakt osoba: Mirjana Ivančanin / Ines Paić		
<b>Potrebna dokumentacija</b>	<b>Ukoliko je nesretni slučaj rezultirao ozljedom osiguranika:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- obrazac za prijavu nesretnog slučaja s ovjerom/potvrdom od strane poslodavca o radnom odnosu (dio obrasca za prijavu štete)</li><li>- Presliku cjelokupne medicinske dokumentacije vezane uz liječenje posljedica nesretnog slučaja</li><li>- Dokaz o nastanku nesretnog slučaja (zapisnik o očevidu, ovjerene izjave očevidaca, rješenje suca za prekršaje, presuda i sl.)</li><li>- druge potrebne dokaze ovisno o okolnostima nastanka nesretnog slučaja (npr. ukoliko je do nesretnog slučaja došlo prilikom upravljanja vozilom, priložiti vozačku dozvolu, prometna dozvolu, zapisnik o alkotestiranju).</li></ul> <b>Ukoliko je nesretni slučaj ili bolest rezultirala smrću osiguranika:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- obrazac za prijavu štete s ovjerom/potvrdom od strane poslodavca o radnom odnosu (dio obrasca za prijavu štete)</li><li>- Izvadak iz knjige umrlih / Smrtni list</li><li>- Dokaz o srodstvu ( vjenčani list, rodni list, rješenje o nasljeđivanju, rješenje organa skrbništva)</li><li>- Otpusno pismo iz bolnice/nalaz mrtvozornika ili obdukcijski nalaz</li></ul>		
<b>Utvrđivanje pravnog osnova i visine štete</b>	Na osnovi prijave, zaprimljene dokumentacije i pripadajućih uvjeta osiguranja i Tablice invalidnosti, pravna služba i lječnik cenzor utvrđuju osnovanost zahtjeva i visinu naknade. Ukoliko osiguratelj traži dodatnu medicinsku dokumentaciju koju nije moguće pribaviti bez dodatnih troškova dužan je sam snositi tako nastale troškove.  Osiguratelj o osnovanosti zahtjeva i visini naknade obavještava Osiguranika	Osiguratelj	u roku od 30 dana

Faza	Aktivnosti	Nositelj aktivnosti	Trajanje aktivnosti - rok
<b>Isplata štete</b>	Osiguratelj isplaćuje osigurninu odnosno njen odgovarajući dio osiguraniku odnosno korisniku osiguranja u roku od trideset dana od dana primitka odštetnog zahtjeva. U istom roku dužan je obavijestiti osiguranika, odnosno korisnika ako njegov zahtjev nije osnovan.	Osiguratelj	u roku od 30 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva
<b>Podnošenje Pritužbe</b>	<p>Prigovor kojim se osporava odluka ili postupak društva u svezi sa zaključenim ugovorom o osiguranju podnosi se Društva na način:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- usmeno na zapisnik ili pismeno u sjedištu Društva, Zagreb, Capraška ulica 6,</li> <li>- pismeno na adresu sjedišta Društva Zagreb, Capraška ulica 6, telefaksom na broj: 01/5392 520, putem e-maila: pritužbe@hok-osiguranje.hr ili ispunjavanjem obrasca na Internet stranicama Društva.</li> </ul> <p>Pritužba treba sadržavati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•ime i prezime te adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegova zakonskog zastupnika, odnosno naziv tvrtke, sjedište te ime i prezime odgovorne osobe podnositelja pritužbe koji je pravna osoba,</li> <li>•razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe,</li> <li>•dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe kad 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 te prijedloge za izvođenje dokaza,</li> <li>•datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe, odnosno osobe koja ga zastupa,</li> <li>•punomoć za zastupanje, kad je pritužba podnesena po opunomoćeniku.</li> </ul>	Osiguranik / korisnik	u roku od 15 dana od saznanja za odluku Društva
<b>Odgovor na Pritužbe</b>	Društvo je dužno u roku od 15 dana pisanim putem odgovoriti na prigovor, odnosno pritužbu.	Osiguratelj	u roku od 15 dana od dostave Pritužbe
<b>U slučaju utuženja</b>	U slučaju spora nadležan je sud po mjestu stanovanja oštećenika.	Osiguratelj	
<b>Izveštavanje Ugovaratelju</b>	Osiguratelj dostavlja <b>kumulativni pregled šteta za svaka tri mjeseca</b> .	Osiguratelj	u roku od 30 dana od isteka tromjesečja
	Osiguratelj je obvezan dostaviti <b>kumulativni pregled šteta za cijelo razdoblje trajanja</b> Okvirnog sporazume	Osiguratelj	u roku od 90 dana od isteka Okvirnog sporazuma



Broj police

[popunjava osiguratelj]

**PODACI O OSIGURANIKU**

Ime i prezime/naziv

OIB

Adresa:

Datum rođenja

Pošt.broj/mjesto

TEL.

e-mail:

**PODACI O KORISNIKU**

Ime i prezime/naziv

OIB

Adresa:

Datum rođenja

Pošt.broj/mjesto

Telefon

e-mail

**PODACI O OSIGURANOM SLUČAJU**

Datum nastanka nesretnog slučaja

Mjesto nastanka nezgode

Uzrok nastanka osiguranog slučaja

**Kratki opis nastanka nezgode i posljedice nezgode (opis ozljeda):**

Gdje je osiguraniku pružena stručna liječnička pomoć?

(Navedi bolnicu, ambulantu, liječnika)

Gdje se osiguranik sada liječi?

(Navedi bolnicu, ambulantu, liječnika)

Je li osiguranik prije nastanka nezgode bolovao od kakve teže bolesti? Ako da, koje?

da

ne

Je li osiguranik prije nezgode konzumirao alkohol ili opojna sredstva? Ako da, koliko?

da

ne

Radi li se o ozljedi na radu?

da

ne

Je li po nastanku nesretnog slučaja obavljen očevid i vođena istraga?

da

ne

Ako da, tko ju je vodio?

Postoje li svjedoci nastanka štete?

da

ne

Ako da, navedite imena i adrese svjedoka štetnog događaja:

**Podaci za prijavu trajnog invaliditeta**

Je li osiguranik prije ove nezgode bio sposoban za rad? Ako nije, zbog čega?

da

ne

Je li osiguranik prije ove nezgode pretrpio kakvu tjelesnu ozljedu?

da

ne

Ako da, kakvu i kada?

Je li osiguranik prije ove nezgode imao kakvo tjelesno oštećenje?

da

ne

Ako da, kakvo?

## PODACI O RAČUNU OSIGURANIKA/KORISNIKA ZA ISPLATU NAKNADE

(za maloljetnike je potrebno dostaviti dokaz o vlasništvu računa)

### Naknadu isplatiti:

Ime i prezime/naziv

Naziv banke

IBAN

Priložiti kopiju kartice računa i kopiju osobne iskaznice

### Popis potrebnih dokumenata za prijavu nesretnog slučaja:

#### U slučaju trajnog invaliditeta:

- Obrazac za prijavu štete ( u slučaju da je ugovaratelj pravna osoba, potrebna je i ovjera ugovaratelja)
- Preslika cjelokupne medicinske dokumentacije vezane uz liječenje posljedica nesretnog slučaja
- Dokaz o nastanku nesretnog slučaja (zapisnik o očevidu, ovjerene izjave očevidaca, rješenje suca za prekršaje, presuda i sl.)
- Ako je do nesretnog slučaja došlo prilikom upravljanja vozilom, priložiti vozačku dozvolu, prometnu dozvolu, zapisnik o alkotestiranju).
- Preslika osobne iskaznice ili rodnog lista osiguranika te osobne iskaznice zastupnika (u slučaju maloljetnosti)

#### U slučaju smrti:

- Obrazac za prijavu štete ( u slučaju da je ugovaratelj pravna osoba, potrebna je i ovjera ugovaratelja)
- Dokaz o nastanku nesretnog slučaja (zapisnik o očevidu, ovjerene izjave očevidaca, rješenje suca za prekršaje, presuda i sl.)
- Ako je do nesretnog slučaja došlo prilikom upravljanja vozilom, priložiti vozačku dozvolu, prometnu dozvolu, zapisnik o alkotestiranju).
- Smrtni list
- Otpusno pismo iz bolnice/nalaz mrtvozornika ili obdukcijski nalaz
- Dokaz o srodstvu ( vjenčani list, rodni list, rješenje o nasljeđivanju, rješenje organa skrbništva)

Ovim izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio točno, istinito i potpuno. Ovlašćujem liječnike koji su liječili osiguranika, da mogu pružiti sve obavijesti koje Osiguratelj od njih zatraži u svezi s prijavljenim slučajem.

Mjesto i datum

Potpis osiguranika / podnositelja prijave

## POTVRDA UGOVARATELJA OSIGURANJA

(popunjava se samo ako je ugovaratelj pravna osoba)

Naziv tvrtke

OIB

Adresa:

TEL.

Pošt.broj/mjesto

Fax.

e-mail:

Ovim potvrđujemo da je osiguranik

zaposlen kod nas od dana

te da je osiguran po polici broj

Ujedno potvrđujem da je osiguranik bio u radnom odnosu kod ove tvrtke/organizacije dana  
(navesti datum) kada mu se dogodio nesretni/osigurani slučaj.

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio točno, potpuno i istinito.

Mjesto i datum

Žig i potpis odgovorne osobe