CROATIA® OSIGURANJE

Opći uvjeti dodatnog zdravstvenog osiguranja

ZNAČENJE POJEDINIH IZRAZA

(1) **Opći uvjeti dodatnog zdravstvenog osiguranja** – odredbe kojima se uređuju međusobna prava i obveze između osiguratelja, ugovaratelja osiguranja i osiguranika iz ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju te čine sastavni dio ugovora o osiguranju;

(2) **Osiguratelj** – CROATIA osiguranje d.d., s kojim je sklopljen ugovor o osiguranju;

(3) **Ugovaratelj osiguranja** – svaka fizička ili pravna osoba koja s osigurateljem sklopi ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju i koja je obvezna platiti premiju osiguranja;

(4) **Osiguranik** – fizička osoba kojoj pripadaju prava iz ugovora o osiguranju;

(5) **Potrošač** – svaka fizička osoba koja sklapa pravni posao ili djeluje na tržištu izvan svoje trgovačke, poslovne, obrtničke ili profesionalne djelatnosti;

(6) **Premija osiguranja** – iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti osiguratelju temeljem sklopljenog ugovora o osiguranju;

(7) **Dospijeće premije osiguranja**– posljednji dan roka do kojega je potrebno platiti premiju osiguranja ili obrok premije osiguranja;

(8) **Polica osiguranja** – isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju (dalje u tekstu: polica);

(9) **Osigurani slučaj** – pružanje zdravstvenih usluga u opsegu određenom ugovorenim Dodatnim/Posebnim uvjetima;

(10) **Karenca ili odgoda osigurateljnog pokrića** – razdoblje od 15 (petnaest) dana od dana početka trajanja osiguranja u kojem osiguratelj nema obvezu pružanja zdravstvene usluge;

(11) **Iskaznica** – isprava kojom se osiguranik identificira pružatelju usluge odnosno kojom dokazuje svoj status osiguranika dodatnog zdravstvenog osiguranja osiguratelja;

(12) **Pružatelj usluga** – poliklinika ili druga zdravstvena ustanova, privatna ordinacija ili trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti iz zdravstvene mreže osiguratelja u kojoj osiguranik obavlja ugovorene zdravstvene usluge temeljem uputnice dostavljene od strane osiguratelja;

(13) **Zdravstvena mreža osiguratelja** – predstavlja sve pružatelje usluga koji temeljem ugovornog odnosa s osigurateljem pružaju usluge dodatnog zdravstvenog osiguranja. Važeći popis ugovornih zdravstvenih ustanova, ordinacija i trgovačkih društava nalazi se na službenoj Internet stranici osiguratelja: www.crosig.hr.;

(14) **Uputnica** – dokument koji osiguratelj dostavlja pružatelju usluge za obavljanje dogovorene zdravstvene usluge;

(15) **Medicinski savjetnik osiguratelja** – djelatnik osiguratelja koji dogovara način korištenja zdravstvene usluge;

(16) **Ugovor o osiguranju na daljinu** – ugovor sklopljen između osiguratelja i ugovaratelja osiguranja u okviru organiziranog sustava prodaje ili pružanja usluge bez istodobne fizičke prisutnosti ugovornih strana pri čemu se do trenutka sklapanja te za sklapanje ugovora koristi jedno ili više sredstava daljinske komunikacije;

(17) **Sredstva daljinske komunikacije** – sredstva koja se bez istodobne fizičke prisutnosti osiguratelja i ugovaratelja osiguranja mogu koristiti za sklapanje ugovora na daljinu, kao što su primjerice internet, telefoni s ljudskim posredovanjem i bez njega, elektronička pošta i dr.;

(18) **Dodatni/posebni uvjeti** – odredbe koje se primjenjuju na ugovor o osiguranju i čine njegov sastavni dio, a nisu sadržane u Općim uvjetima. Dodatnim i posebnim uvjetima može se proširiti ili suziti osigurateljno pokriće utvrđeno Općim uvjetima;

(19) **Upitnik o zdravstvenom stanju** – skup pitanja kojima se procjenjuje zdravstveno stanje osiguranika prije sklapanja ugovora o osiguranju i ocjenjuje povećani rizik bolesti/stanja.

PREDMET OSIGURANJA

Članak 1.

(1) Predmet osiguranja je viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

OSIGURANIK

Članak 2.

(1) Primjenom ovih uvjeta osiguranik može biti samo osoba:
- koja ima status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju,
- koju nakon ocjene rizika temeljem ispunjenog upitnika o zdravstvenom stanju osiguratelj prihvati u osiguranje.

(2) Zdrave osobe mogu se osigurati od navršenih 18 (osamnaest) do navršenih 64 (šezdesetčetiri) godina života.

(3) Osiguranikom može postati i osoba od navršene 18 (osamnaeste) do uključivo 64 (šezdesetčetiri) godine života za koju osiguratelj nakon ocjene rizika temeljem popunjenog upitnika o zdravstvenom stanju, medicinske dokumentacije i/ili zdravstvenog pregleda procjeni da se radi o osobi čije zdravstveno stanje predstavlja povećani rizik.

(4) Osiguranici iz stavka (2) i stavka (3) ovog članka mogu se osigurati i nakon navršenih 64 (šezdesetčetiri) isključivo ako:
- je prethodno neprekidno ugovoreno dodatno zdravstveno osiguranje u minimalnom trajanju od 2 (dvije) godine,
- između prethodnog i novog osigurateljnog pokrića ne postoji prekid pokrića duži od 90 (devedeset) dana,
- trajanje novog osigurateljnog pokrića nije duže od isteka kalendarske godine u kojoj navršavaju 70 (sedamdeset) godina života.

(5) Na osiguranike iz stavka (3) primjenjivat će se, osim ovih uvjeta, i odgovarajući uvjeti za osiguranje povećanog (abnormalnog) rizika bolesti/stanja.

OCJENA RIZIKA

Članak 3.

(1) Prije sklapanja ugovora o osiguranju osiguratelj ocjenjuje rizik temeljem podataka iz popunjenog upitnika o zdravstvenom stanju osiguranika.

(2) Ako osiguratelj temeljem popunjenog upitnika o zdravstvenom stanju utvrdi da je potreban liječnički pregled ili da je potrebno dostaviti medicinsku dokumentaciju, osiguranik je dužan odazvati se liječnikom pregledu odnosno osiguranik ili ugovaratelj osiguranja je dužan dostaviti medicinsku dokumentaciju.

(3) Ako osiguratelj temeljem podataka iz upitnika o zdravstvenom stanju, medicinske dokumentacije i/ili zdravstvenog pregleda ocjeni da se osiguranik može prihvatiti u osiguranje uz povećanu premiju, o tome obavještava ugovaratelja osiguranja.

(4) Ako osiguratelj ocjeni da je rizik osiguranja neosigurljiv, do sklapanja ugovora neće doći niti sukladno odgovarajućim uvjetima za osiguranje povećanog (abnormalnog) rizika bolesti/stanja.

VRIJEME TRAJANJA UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 4.

(1) Ugovor o osiguranju sklapa se na određeno vrijeme koje ne može biti kraće od 2 (dvije) godine.

(2) Ugovor o osiguranju može trajati najduže do isteka kalendarske godine u kojoj osiguranik navršava 70 (sedamdeset) godina života.

SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 5.

(1) Nakon ocjene rizika i usuglašavanja ugovaratelja osiguranja i osiguratelja oko bitnih sastojaka ugovora, ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju sklapa se:
- potpisivanjem police
- ili plaćanjem premije osiguranja ili prvog obroka premije
- ili prihvatom ponude.

(2) U slučaju kada se ugovor o osiguranju sklapa prihvatom ponude, pisana ponuda obvezuje ugovaratelja osiguranja, ako nije odredio kraći rok, za vrijeme od 8 (osam) dana od dana kada je ponuda prispjela osiguratelju, a ako je potrebna ocjena rizika temeljem liječničkog pregleda ili uvidom u medicinsku dokumentaciju osiguranika, onda za vrijeme od 30 (trideset) dana.

(3) Ako je ponuda sukladna uvjetima/programu osiguratelja po kojima se sklapa ugovor o osiguranju, osiguratelj će prihvatiti ponudu te o sklopljenom ugovoru ugovaratelju osiguranja dostaviti policu.

(4) Ako pisana ponuda odstupa od uvjeta/ programa osiguratelja po kojima se sklapa ugovor o osiguranju, osiguratelj ima pravo u roku od 8 (osam) dana

od dana zaprimanja odbiti ponudu i o tome pisanim putem obavijestiti ugovaratelja osiguranja, te mu dostaviti novu, izmijenjenu ponudu sukladno odgovarajućim uvjetima/programu osiguratelja.

(5) Ako ugovaratelj osiguranja pisano ne prihvati ponudu s predloženim drugačijim uvjetima/programom osiguratelja u roku od 14 (četrnaest) dana od dana zaprimanja pisane ponude, ugovor o osiguranju ne nastaje.

(6) Kad se ugovor o osiguranju sklapa na daljinu, ugovor se sklapa plaćanjem premije osiguranja ili prvog obroka premije.

(7) Kad potrošač sklapa ugovor o osiguranju na daljinu, plaćanju premije prethodi njegov izričit pristanak:
- da plati premiju prije isteka roka za jednostrani raskid ugovora, i
- da osiguratelj započne ispunjavati ugovor prije isteka roka za jednostrani raskid ugovora.

(8) Nakon što je ugovor o osiguranju sklopljen osiguratelj izdaje iskaznicu dodatnog zdravstvenog osiguranja kojom osiguranik pružatelju usluge dokazuje svoj status osiguranika.

POČETAK I PRESTANAK OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 6.

(1) Ako se drugačije ne ugovori, Osigurateljno pokriće počinje istekom dana koji je ugovoren kao početak trajanja osiguranja, pod uvjetom da je do tog dana plaćena premija osiguranja ili prvi obrok premije.

(2) Kada se na ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju primjenjuje karenca, osigurateljno pokriće počinje 16. (šesnaestog) dana od dana početka trajanja osiguranja pod uvjetom da je do tog dana plaćena premija osiguranja ili prvi obrok premije.

(3) Ako premija osiguranja ili prvi obrok premije nije plaćen do dana ugovorenog kao početak trajanja osiguranja iz stavaka (1) ovog članka ili do dana isteka karence iz stavka (2) ovog članka, osigurateljno pokriće počinje istekom onoga dana kada je plaćena premija ili prvi obrok premije, osim ako se drugačije ugovori.

(4) Osigurateljno pokriće prestaje istekom dana koji je ugovoren kao dan isteka osiguranja koji je naveden na ponudi/polici osiguranja.

(5) Za zdravstvene usluge ugovorene temeljem Dodatnih/Dopunskih/posebnih uvjeta moguće je ugovoriti karencu u trajanju drugačijem od onog navedenog u stavku (2) ovog članka.

(6) Karenca se neće primijeniti na ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju ako ugovaratelj osiguranja dostavi dokaz (policu ili iskaznicu) da je od prethodno prestalog ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju, sklopljenog kod osiguratelja ili drugog društva za osiguranje, do sklapanja ovog ugovora, proteklo najviše 30 (trideset) dana, s tim da je, i po prethodno prestalom i po novo sklopljenom ugovoru o dodatnom zdravstvenom osiguranju, osiguranik ista osoba.

(7) Kod ugovora o osiguranju sklopljenih na daljinu osigurateljno pokriće počinje i prestaje sukladno stavku (1), (2) i (4) ovog članka pod uvjetom da je ugovaratelj osiguranja u svojstvu potrošača izričito pristao da se ugovor počinje ispunjavati prije isteka roka za jednostrani raskid ugovora.

(8) U svakom slučaju osigurateljno pokriće prestaje:
- danom smrti osiguranika,
- istekom posljednjeg dana kalendarske godine u kojoj je osiguranik navršio 70 (sedamdeset) godina života,
- istekom dana prestanka postojanja zakonske osnove za osiguranje,
- prestankom ugovora o osiguranju (istekom/otkazom).

NAČIN KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE USLUGE

Članak 7.

(1) Korištenje ugovorene zdravstvene usluge dogovara se putem medicinskog savjetnika osiguratelja koji povratno obavještava osiguranika o terminu pružanja usluge u primjerenom roku od 15 (petnaest) dana, a ista treba biti pružena za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju. Medicinski savjetnik osiguratelja šalje uputnicu pružatelju usluge.

(2) Ako osiguratelj, uslijed nepostojanja slobodnih termina kod pružatelja usluge, ne može organizirati traženu zdravstvenu uslugu za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, osiguranik ima pravo obaviti zatraženu i odobrenu zdravstvenu uslugu unutar zdravstvene mreže osiguratelja i nakon isteka ugovora o osiguranju.

(3) Ugovorene zdravstvene usluge mogu se pružiti i bez potrebe prethodnog obraćanja medicinskom savjetniku osiguratelja ako je to određeno Dodatnim/posebnim uvjetima, u kojim slučajevima osiguranik sam snosi troškove zdravstvene usluge, a osiguratelj na zahtjev osiguranika naknađuje trošak korištenja te zdravstvene usluge u roku od 14 (četrnaest) dana od primitka zahtjeva, uz uvjet prilaganja računa i medicinske dokumentacije iz koje se može utvrditi osnovanost zahtjeva.

GUBITAK PRAVA NA KORIŠTENJE ZDRAVSTVENE USLUGE

Članak 8.

(1) U slučaju nemogućnosti dolaska na dogovoreni termin pružanja zdravstvene usluge, osiguranik je dužan, putem medicinskog savjetnika osiguratelja, otkazati dogovoreni termin čim je saznao za nemogućnost dolaska, a najkasnije u roku 48 sati prije dogovorenog termina.

(2) Ako osiguranik ne dođe na dogovoreni termin pružanja zdravstvene usluge, a isti nije otkazao sukladno obvezi iz stavka (1) ovog članka, dogovorena zdravstvena usluga smatrat će se iskorištenom.

(3) Osiguraniku se ukupan broj zdravstvenih usluga na koje ima pravo tijekom jedne osigurateljne godine umanjuje za broj usluga koje se smatraju iskorištenima sukladno stavku (2) ovog članka.

OPSEG POKRIĆA

Članak 9.

(1) Pružanje ugovorenih zdravstvenih usluga ostvarenih unutar zdravstvene mreže osiguratelja, osiguratelj organizira i pokriva u cijelosti, osim ako je Dodatnim/posebnim uvjetima drukčije određeno.

(2) Ako je liječenje započeto kod pružatelj usluge koji prestao biti u zdravstvenoj mreži osiguratelja, osiguratelj će osiguraniku organizirati daljnje liječenje u drugoj suradnoj ustanovi ili naknaditi troškove usluga sukladno stavku (3) ovog članka.

(3) Troškove korištenja ugovorenih zdravstvenih usluga opisane u stavku (2) ovog članka koje su ostvarene izvan zdravstvene mreže osiguratelja, osiguratelj će osiguraniku naknaditi najviše do 80% troškova zdravstvenih usluga sukladno cjeniku Hrvatske liječničke komore, uz uvjet:
- da su usluge bile nužne,
- da osiguratelj nije mogao pružiti ugovorenu uslugu u primjerenom roku ili je postojala smanjena dostupnost ugovornih zdravstvenih ustanova.

OSIGURANI SLUČAJ

Članak 10.

(1) Osigurani slučaj predstavlja pružanje:
- nužnih zdravstvenih usluga,
- zdravstvenih usluga preventivnog karaktera bez indikacije liječnika.

(2) Nužnim zdravstvenim uslugama smatraju se zdravstvene usluge koje nisu preventivnog karaktera i za koje je potrebna indikacija doktora medicine ili liječnika specijaliste, osim ako je Dodatnim/posebnim uvjetima drugačije određeno. Indikacija od strane doktora medicine ili liječnika specijaliste mora biti dana za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju i ne starija od godine dana od dana kada osiguranik traži zdravstvenu uslugu.

(3) Zdravstvene usluge iz stavka (1) ovog članka moraju biti zatražene od strane osiguranika za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju.

ISKLJUČENJA OBVEZE OSIGURATELJA

Članak 11.

(1) Isključena je obveza osiguratelja ako je osigurani slučaj nastao kao posljedica:
a) planiranog liječenja i/ili liječenja, specijalističkih pregleda, dijagnostičkih i drugih postupaka započetih prije početka osiguranja odnosno za vrijeme trajanja karence propisane ovim Općim uvjetima ili Dodatnim/Dopunskim/posebnim uvjetima
b) obavljanja estetskih i/ili kozmetičkih zahvata bilo koje vrste,
c) umjetne oplodnje, medicinski potpomognute oplodnje i liječenja neplodnosti,
d) prekida trudnoće koji nije medicinski indiciran,
e) sterilizacije,
f) eksperimentalnog liječenja,
g) bolesti epidemijskih ili pandemijskih razmjera,
h) djelovanja alkoholnih i/ili narkotičkih sredstava kod osiguranika te posljedice istih (odvikavanje i sl.),
i) pokušaja samoubojstva osiguranika,
j) potresa,
k) rata i ratnih događanja svih vrsta bez obzira da li je rat objavljen ili nije,

l) revolucije, građanskog rata, pobune, sabotaže, terorizma i drugih sličnih događaja,

m) ostalih slučajeva utvrđenih propisima zdravstvenog osiguranja ili dodatnim/posebnim uvjetima osiguranja.

(2) Obveza osiguratelja isključena je za zdravstvena stanja koja zahtijevaju hitnu medicinsku pomoć.

TERITORIJALNO POKRIĆE

Članak 12.

(1) Zdravstvene usluge se pružaju na području Republike Hrvatske, osim ako se drukčije ugovori.

(2) Osiguranjem su pokriveni osigurani slučajevi bez obzira na mjesto u kojem je osigurani slučaj nastao.

PRAVA I OBVEZE UGOVARATELJA OSIGURANJA/OSIGURANIKA

OBVEZA PRIJAVLJIVANJA OKOLNOSTI ZNAČAJNIH ZA OCJENU RIZIKA

Članak 13.

(1) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti osiguratelju sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocjenu rizika, a koje su im poznate ili im nisu mogle ostati nepoznate.

(2) Ovisno o tome postupa li ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik namjerno ili nenamjerno prije sklapanja ugovora o osiguranju u slučaju popunjavanja upitnika o zdravstvenom stanju ili prijavljivanja bilo kojih drugih okolnosti i podataka značajnih za ocjenu rizika mogu nastupiti i različite pravne posljedice koje se detaljnije opisuju u članku 22. i članku 23. ovih uvjeta.

(3) Ako se od trenutka popunjavanja upitnika o zdravstvenom stanju osiguranika, liječničkog pregleda osiguranika ili dostave medicinske dokumentacije osiguratelju u svrhu ocjene rizika radi sklapanja ugovora o osiguranju pa sve do trenutka sklapanja ugovora o osiguranju promjene okolnosti ili dani podaci na način da dođe do povećanja rizika (npr. bolesti/stanja odnosno ozljede), osiguranik odnosno ugovaratelj osiguranja mora odmah po saznanju pisanim putem o tome obavijestiti osiguratelja kako bi se ponovo ocijenio rizik.

OBVEZA PLAĆANJA PREMIJE OSIGURANJA

Članak 14.

(1) Ugovaratelj osiguranja je dužan platiti premiju osiguratelju, a može je platiti i svaka zainteresirana osoba.

(2) Premija osiguranja se utvrđuje za svaku osigurateljnu godinu, a ovisi o opsegu osigurateljnog pokrića, dobi osiguranika i ocjeni njegovog zdravstvenog stanja.

(3) Pristupna dob kao temelj za obračun premije osiguranja izračunava se tako da se od godine sklapanja ugovora, odnosno tekuće osigurateljne godine, oduzme godina rođenja osiguranika.

(4) Ugovaratelj osiguranja prije sklapanja ugovora odlučuje želi li ugovoriti plaćanje premije osiguranja:
- odjednom (jednokratno plaćanje),
- ili u ugovorenim rokovima.

(5) Ako se ugovori plaćanje premije osiguranja odjednom premija se plaća prilikom sklapanja ugovora, pri čemu se kao dan dospijeća ugovara dan na koji je ugovor sklopljen. Za sljedeću osigurateljnu godinu premija osiguranja dospijeva jednom godišnje na isti dan kada je ugovor sklopljen.

(6) Ako se ugovori plaćanje premije osiguranja u ugovorenim rokovima prvi obrok premije dospijeva prilikom sklapanja ugovora o osiguranju dok će se ostali obroci premije plaćati za čitavo vrijeme trajanja ugovora o osiguranju u rokovima koji dospijevaju:
- više puta godišnje na isti dan svakog mjeseca kao i prvi obrok premije (mjesečni rokovi) ili,
- više puta godišnje na isti dan u točno određenim mjesecima u godini koji se ugovaraju kao rokovi plaćanja premije (npr. tromjesečni rokovi), osim ako se drukčije ugovori.

(7) Osiguratelj može obračunati zateznu kamatu na svako zakašnjenje plaćanja ugovorene premije.

(8) Iznos premije se može promijeniti tijekom godine ako dođe do zakonskih promjena koje se odnose na opseg i sadržaj dodatnog zdravstvenog osiguranja, visinu doplata i druge elemente koji su značajni za utvrđivanje visine premije, kako je definirano zakonima i zakonskim propisima iz područja zdravstva, a u kojem slučaju je osiguratelj dužan postupiti na način kako je to navedeno u članku 18. ovih uvjeta.

OBVEZE ZA VRIJEME TRAJANJA UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 15.

(1) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je odmah pisanim putem obavijestiti osiguratelja o promjeni imena i prezimena/naziva, adrese stanovanja/sjedišta.

(2) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik je dužan pisano obavijestiti osiguratelja o povećanju rizika:
- odmah, ako je rizik povećan nekim njegovim postupkom,
- najkasnije u roku od 14 (četrnaest) dana od dana saznanja ako se povećanje rizika dogodilo bez njegova sudjelovanja.

(3) Temeljem dostavljenih podataka osiguratelj ocjenjuje koliko je rizik promijenjen u odnosu na rizik koji je ocjenjivan pri sklapanju ugovora o osiguranju, te ovisno o tome osiguratelj može ostvariti prava koja su detaljnije definirana u članku 24. ovih uvjeta.

PRAVO NA OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU SKLOPLJENOG NA ODREĐENO VRIJEME

Članak 16.

(1) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen na određeno vrijeme u trajanju do 5 (pet) godina, ugovaratelj osiguranja ga unutar roka na koji je sklopljen, ne može otkazati.

(2) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen na određeno vrijeme u trajanju dužem od 5 (pet) godina, ugovaratelj osiguranja ga može otkazati tek protekom roka od 5 (pet) godina, upućivanjem pisane obavijesti o otkazu ugovora osiguratelju, uz obvezu poštivanja otkaznog roka od 6 (šest) mjeseci.

(3) Pravo na otkaz ugovora o osiguranju iz ovog članka pripada i osiguratelju.

PRAVO NA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA O OSIGURANJU SKLOPLJENOG NA DALJINU

Članak 17.

(1) Ugovor o osiguranju sklopljen na daljinu ugovaratelj osiguranja u svojstvu potrošača može raskinuti bez navođenja razloga za raskid slanjem pisane obavijesti osiguratelju u roku od 14 (četrnaest) dana.

(2) Rok od 14 (četrnaest) dana može početi teći:
- od dana sklapanja ugovora, ako je ugovaratelj osiguranja predugovornu informaciju, primjenjujuće uvjete i ugovorne odredbe zaprimio prije sklapanja ugovora o osiguranju, ili
- od dana zaprimanja predugovorne informacije, primjenjujućih uvjeta i ugovornih odredbi ako je ugovaratelj osiguranja predugovornu informaciju primjenjujuće uvjete i ugovorne odredbe zaprimio nakon sklapanja ugovora o osiguranju.

(3) U oba slučaja iz stavka (2) ovog članka ugovor o osiguranju smatra se raskinutim onog trenutka kada osiguratelj primi pisanu obavijest o raskidu ugovora o osiguranju.

(4) Ako su obje ugovorne strane u potpunosti ispunile ugovor o osiguranju na izričiti zahtjev potrošača prije nego što je potrošač iskoristio svoje pravo raskid ugovora, ugovaratelj osiguranja u svojstvu potrošača nema pravo na jednostrani raskid ugovora.

(5) Ako ugovaratelj osiguranja u svojstvu potrošača nije iskoristio svoje pravo na jednostrani raskid ugovora u roku od 14 (četrnaest) dana, zadržava pravo otkazati/raskinuti ugovor na način kako je to opisano u članku 16. i članku 18. ovih uvjeta.

PRAVO NA RASKID UGOVORA O OSIGURANJU USLIJED PROMJENA UVJETA OSIGURANJA

Članak 18.

(1) Ako osiguratelj izmijeni uvjete osiguranja na način koji rezultira promjenom bitnog elementa ugovora o osiguranju, obvezuje se o tome pisano ili na drugi pogodan način izvijestiti ugovaratelja osiguranja najkasnije u roku od 60 (šezdeset) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine.

(2) Ugovaratelj osiguranja ima pravo raskinuti ugovor o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti, osim ako se bitni elementi ugovora o osiguranju mijenjaju u korist osiguranika i/ili ugovaratelja osiguranja ili su isti uvjetovani promjenom prisilnih odredbi propisa.

(3) Ako ugovaratelj osiguranja iskoristi svoje pravo raskida ugovora, ugovor o osiguranju trajat će sve do isteka tekuće osigurateljne godine uz primjenu uvjeta osiguranja pod kojima je osiguranje sklopljeno.

(4) Ako ugovaratelj osiguranja ne raskine ugovor o osiguranju u roku iz stavka (2) ovog članka, ugovor o osiguranju mijenja se početkom sljedećeg razdoblja osiguranja u skladu s izvršenim promjenama.

PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 19.

(1) Osim slučajeva prestanka ugovora o osiguranju navedenih u članku 16., članku 17. i članku 18. ovih uvjeta, ugovor o osiguranju prestaje i u slučaju:
- poništaja ugovora o osiguranju predviđenog u članku 22. ovih uvjeta,
- raskida od strane osiguratelja previđenog u članku 23. ovih uvjeta,
- nastupanja posljedica raskida ugovora po samom zakonu previđenih u članku 24. i članku 25. ovih uvjeta,
- smrti osiguranika,
- prestanka postojanja zakonske osnove za osiguranje,
- sporazuma ugovornih strana.

PRAVO NA POVRAT NEISKORIŠTENOG DIJELA PREMIJE

Članak 20.

(1) Ugovaratelj osiguranja ima pravo na povrat neiskorištenog dijela premije u visini razlike između uplaćene premije i premije koja odgovara razdoblju do trenutka prestanka ugovora o osiguranju.
(2) U slučaju kada osiguratelj raskida ugovor iz razloga nenamjerne netočne prijave okolnosti značajnih za ocjenu rizika, dužan je vratiti uplaćenu premiju koja odgovara vremenu od trenutka raskida ugovora do isteka osiguranjeljnog razdoblja.
(3) U slučaju kada ugovaratelj osiguranja u svojstvu potrošača jednostrano raskida ugovor o osiguranju sklopljen na daljinu osiguratelj zadržava premiju koja odgovara pruženoj usluzi do trenutka raskida ugovora o osiguranju, dok ostatak neiskorištenog dijela premije vraća ugovaratelju osiguranja.
(4) Neiskorišteni dio premije obračunava se na način da se cjelokupan iznos premije podijeli s 365 (tristošezdesetipet) dana odnosno kod prijestupne godine 366 (tristošezdesetišest) dana, te dobiveni dnevni iznos premije pomnoži sa brojem preostalih dana trajanja ugovora o osiguranju (metoda „pro rata temporis“).

PRAVA I OBVEZE OSIGURATELJA

PRAVO OSIGURATELJA ZAHTIJEVATI POVEĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

Članak 21.

(1) Osiguratelj može zahtijevati povećanje premije osiguranja:
- kada je rizik povećan nakon popunjavanja upitnika o zdravstvenom stanju, liječničkog pregleda osiguranika ili nakon dostave medicinske dokumentacije, a prije sklapanja ugovora o osiguranju predviđenog u članku 13. stavku (3) ovih uvjeta,
- u roku od mjesec dana od dana kada je saznao da mu je ugovaratelj osiguranja pri sklapanju ugovora o osiguranju nenamjerno netočno ili nepotpuno prijavio okolnosti značajne za ocjenu rizika predviđene u članku 23. stavku (1) ovih uvjeta,
- kada je nakon sklapanja ugovora o osiguranju nastupilo povećanje rizika koje da je postojalo u trenutku sklapanja bi ugovor prvotno bio sklopljen isključivo uz veću premiju, a kako je predviđeno u članku 24. stavak (2) ovih uvjeta.

PRAVO NA PONIŠTAJ UGOVORA USLIJED NAMJERNE NETOČNOSTI ILI NEPOTPUNOSTI PRIJAVE

Članak 22.

(1) Osiguratelj može zahtijevati poništaj ugovora ako je ugovaratelj osiguranja namjerno učinio netočnu prijavu ili je namjerno prešutio okolnosti takve prirode da osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari.
(2) U slučaju poništaja ugovora osiguratelj je u obvezi pružiti osiguraniku zdravstvenu uslugu zatraženu od strane osiguranika do podnošenja zahtjeva za poništajem ugovora, te posljedično ima pravo zadržati plaćenu ili naplatiti neplaćenu premiju do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ugovora.
(3) Ako osiguratelj u roku od 3 (tri) mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili prešućivanje ne izjavi da se namjerava koristiti pravom na poništaj, to pravo osiguratelja prestaje.

PRAVO NA RASKID UGOVORA USLIJED NENAMJERNE NETOČNOSTI ILI NEPOTPUNOSTI PRIJAVE

Članak 23.

(1) Ako je ugovaratelj osiguranja nenamjerno učinio netočnu prijavu ili nenamjerno propustio dati dužnu obavijest osiguratelju o okolnostima značajnim za ocjenu rizika osiguratelj može, po svom izboru, u roku od mjesec dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave:
- izjaviti da raskida ugovor, ili
- predložiti povećanje premije razmjerno povećanom riziku.

(2) Ako osiguratelj izjavi ugovaratelju osiguranja da raskida ugovor, ugovor prestaje nakon isteka 14 (četrnaest) dana otkad je osiguratelj svoju izjavu o raskidu priopćio ugovaratelju osiguranja.
(3) Ako ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ne prihvati prijedlog osiguratelja o razmjernom povećanju premije, ugovor se raskida po samom zakonu istekom 14. (četrnaestog) dana od dana primitka prijedloga osiguratelja za povećanjem premije.

PRAVO NA RASKID UGOVORA ILI POVEĆANJE PREMIJE USLIJED POVEĆANJA RIZIKA

Članak 24.

(1) Ako je nakon sklapanja ugovora o osiguranju rizik povećan toliko da osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je takvo stanje postojalo u trenutku njegova sklapanja, osiguratelj može raskinuti ugovor.
(2) Ako je povećanje rizika toliko da bi osiguratelj sklopio ugovor samo uz veću premiju da je takvo stanje postojalo u trenutku sklapanja ugovora, može predložiti ugovaratelju osiguranja novi iznos premije.
(3) Ako ugovaratelj osiguranja ne pristane na novi iznos premije u roku od 14 (četrnaest) dana od dana primitka prijedloga, ugovor prestaje po samom zakonu.
(4) Osiguratelj može koristiti ova svoja prava u roku od mjesec dana otkad je na bilo koji način saznao za povećanje rizika.

PRESTANAK UGOVORA USLIJED POSLJEDICA NEPLAĆANJA PREMIJE OSIGURANJA

Članak 25.

(1) Ako ugovaratelj osiguranja premiju koja je dospjela nakon sklapanja ugovora ne plati do dospjelosti niti to učini koja druga zainteresirana osoba, ugovor o osiguranju može prestati po samom zakonu ako osiguratelj ugovaratelju osiguranja uruči preporučeno pismo s obaviješću o dospjelosti premije. U tom slučaju ugovor o osiguranju prestaje protekom roka od 30 (trideset) dana od dana kada je ugovaratelju osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguratelja, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 (trideset) dana od dana dospjelosti premije.
(2) Ugovor o osiguranju prestaje u svakom slučaju po samom zakonu ako premija ne bude plaćena u roku od 1 (jedne) godine od dana dospjelosti premije, neovisno je li ugovoreno plaćanje premije odjednom ili u ugovorenim rokovima i bez potrebe uručivanja preporučenog pisma ugovaratelju osiguranja s obaviješću o dospjelosti premije osiguranja.

ZAVRŠNE ODREDBE

MJERODAVNO PRAVO I NADLEŽNOST U SLUČAJU SUDSKOG SPORA

Članak 26.

(1) Na ugovor o osiguranju se primjenjuje hrvatsko pravo.
(2) Osiguratelj i ugovaratelj osiguranja će sve eventualne sporove prvenstveno nastojati riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka osiguratelja o izvansudskom rješavanju sporova. U slučaju da se unatoč nastojanju ne uspije postići mirno, sporazumno rješenje spora, za sudske sporove je nadležan stvarno nadležan sud sukladno odredbama Zakona o parničnom postupku, ako ugovorne strane prilikom sklapanja ugovora o osiguranju sporazumno ne ugovore nadležnost određenog drugog suda.

PRIMJENA UVJETA OSIGURANJA

Članak 27.

(1) Na odnose između osiguratelja, ugovaratelja osiguranja i osiguranika koji nastaju u svezi dodatnog zdravstvenog osiguranja, primjenjuju se ovi uvjeti.
(2) Na odnose između osiguratelja, ugovaratelja osiguranja i osiguranika koji nisu izričito regulirani ovim uvjetima, na odgovarajući način primijenit će se odredbe pozitivnih propisa Republike Hrvatske.

(3) Ako između odredbi ovih uvjeta i ostalih primjenjujućih Dodatnih/Dopunskih/posebnih uvjeta osiguranja postoje nesuglasice, primjenjuju se odredbe Dodatnih/Dopunskih/posebnih uvjeta osiguranja.

U primjeni od 03.06.2025. godine