

Opći uvjeti dodatnog zdravstvenog osiguranja

OPĆE ODREDBE

Članak 1.

- (1) Ovi Opći uvjeti dodatnog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti) sastavni su dio ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju kojeg Ugovaratelj osiguranja sklopi s Osigurateljem CROATIA osiguranje d.d.
- (2) Dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se veći opseg prava od onog predviđenog Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju ili viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.
- (3) Međusobna prava i obveze iz ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju uređuju se ugovorom između Osiguratelja i Ugovaratelja osiguranja.
- (4) Dodatno zdravstveno osiguranje može se ugovoriti samo za osobe koje temeljem Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju imaju status osigurane osobe.

OSNOVNI POJMOVI

Članak 2.

U ovim Općim uvjetima određeni pojmovi imaju sljedeće značenje:

- (1) **Osiguratelj** je CROATIA osiguranje d.d.
- (2) **Ugovaratelj osiguranja** je svaka fizička ili pravna osoba koja s Osigurateljem sklopi ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju i koja se obveže plaćati premiju. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu biti ista fizička osoba.
- (3) **Osiguranik** je fizička osoba kojoj pripadaju prava iz ugovora o osiguranju i koja temeljem nastalog osiguranog slučaja ima pravo na ispunjenje ugovorne obveze Osiguratelja.
- (4) **Ponuditelj** je osoba koja Osiguratelju upućuje ponudu za sklapanje ugovora o osiguranju.
- (5) **Premija** je iznos koji je Ugovaratelj osiguranja dužan platiti Osiguratelju prema ugovoru o osiguranju za svaku osigurateljnu godinu.
- (6) **Polica** je isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju i njegovom sadržaju.
- (7) **Iskaznica** je isprava kojom se osiguranik identificira u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, ordinaciji ili trgovačkom društvu za obavljanje zdravstvene djelatnosti Osiguratelja, odnosno dokazuje svoj status osiguranika dodatnog zdravstvenog osiguranja Osiguratelja.
- (8) **Osigurani slučaj** je nužna medicinska usluga predviđena uvjetima iz ugovora o osiguranju, koja je pružena za vrijeme trajanja osiguranja temeljem medicinske indikacije liječnika specijaliste, osim ako je dodatnim/posebnim uvjetima drugačije određeno.
- (9) **Pružatelj usluga** je poliklinika ili druga zdravstvena ustanova, privatna ordinacija ili trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti iz zdravstvene mreže Osiguratelja u kojoj osiguranik obavlja ugovorene medicinske usluge temeljem uputnice dostavljene od strane Osiguratelja.
- (10) **Zdravstvena mreža** Osiguratelja predstavlja sve ugovorne zdravstvene i druge ustanove, ordinacije i trgovačka društva u kojima osiguranik može obaviti medicinske usluge iz ugovora o osiguranju. Važeći popis ugovornih zdravstvenih ustanova, ordinacija i trgovačkih društava nalazi se na službenoj Internet stranici Osiguratelja: www.crosig.hr.
- (11) **Uputnica** je dokument koju zdravstveni savjetnik Osiguratelja dostavlja u ugovornu zdravstvenu ustanovu za obavljanje dogovorene medicinske usluge pokrivena osiguranjem.
- (12) **Karenca ili odgoda osigurateljnog pokrića** je razdoblje na početku trajanja osiguranja u kojem Osiguratelj nema obvezu pokrića ukoliko nastane osigurani slučaj.
- (13) **Osigurateljno razdoblje** je razdoblje na koje je sklopljen ugovor o osiguranju, a ne može biti kraće od dvije godine.
- (14) **Osigurateljna godina** je razdoblje od jedne godine koje se računa od datuma početka ugovora o osiguranju do istog datuma sljedeće godine.
- (15) **Zdrava osoba** je osoba koja u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju obavlja sve životne i radne aktivnosti te nema subjektivne fizičke ili psihičke tegobe, ne uzima bilo kakvu terapiju i ne koristi nikakve medicinske usluge.
- (16) **Uvjetno zdrava osoba** je osoba koja nema veće subjektivne fizičke ili psihičke tegobe te obavlja sve životne i radne aktivnosti uz povremeno ili

redovito liječenje. Uvjetno zdrava osoba može se osigurati uz ocjenu rizika prema Posebnim uvjetima za osiguranje povećanog (abnormalnog) rizika bolesti.

- (17) **Zdravstveni savjetnik** Osiguratelja je osoba koja u ime i za račun Osiguratelja određuje i odobrava osiguraniku način korištenja medicinske usluge ili opseg prava iz ugovora o osiguranju.

OSIGURANE OSOBE

Članak 3.

- (1) Dodatno zdravstveno osiguranje može se ugovoriti samo za osobe koje imaju status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju.
- (2) Zdrave osobe mogu se osigurati od navršene 18. (osamnaeste) do navršene 64. (šezdesetčetvrte) godine života po dodatnim/posebnim uvjetima temeljem pisane ponude s ispunjenim upitnikom o zdravstvenom stanju osiguranika, medicinske dokumentacije i/ili zdravstvenog pregleda prema zahtjevu Osiguratelja.
- (3) Uvjetno zdrave osobe mogu se osigurati od navršene 18. (osamnaeste) do navršene 64. (šezdesetčetvrte) godine života po dodatnim uvjetima i Posebnim uvjetima za osiguranje povećanog (abnormalnog) rizika bolesti temeljem pisane ponude s ispunjenim upitnikom o zdravstvenom stanju osiguranika, medicinske dokumentacije i/ili zdravstvenog pregleda, sukladno procjeni zdravstvenog stanja i ocjeni povećanog rizika.
- (4) Osobe koje nisu zdrave mogu se osigurati od navršene 18. (osamnaeste) do uključivo 60. (šezdesete) godine života po dodatnim uvjetima i Posebnim uvjetima za osiguranje povećanog (abnormalnog) rizika bolesti temeljem pisane ponude s ispunjenim upitnikom o zdravstvenom stanju osiguranika, medicinske dokumentacije i/ili zdravstvenog pregleda, sukladno procjeni zdravstvenog stanja i ocjeni povećanog rizika.
- (5) Osiguranje se može obnoviti najviše do godine u kojoj osiguranik navršava 70 (sedamdeset) godina života.
- (6) Kod obnove osiguranja, Ugovaratelj osiguranja ponovno dostavlja ponudu koja uključuje od osiguranika popunjeni upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika, te prilaže medicinsku dokumentaciju o provedenom liječenju osiguranika temeljem čega se procjenjuje promijenjeno zdravstveno stanje osiguranika i ocjenjuje povećani rizik.
- (7) Duševno bolesne osobe i osobe lišene poslovne sposobnosti ne mogu se osigurati.

SKLAPANJE UGOVORA

Članak 4.

- (1) Ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju sklapa se temeljem prihvata ponude koju Ugovaratelj osiguranja upućuje CROATIA osiguranju d.d. i ispunjenog upitnika o zdravstvenom stanju osiguranika.
- (2) Ponuda učinjena Osiguratelju za sklapanje ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju obvezuje ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od osam dana od dana kada je ponuda prispjela Osiguratelju, a ako je potreban liječnički pregled, onda za vrijeme od trideset dana. Ukoliko Osiguratelj u navedenom roku ne odbije ponudu koja je sukladna uvjetima pod kojima se sklapa ovo osiguranje, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen. U ovom slučaju ugovor se smatra sklopljenim kada je ponuda prispjela Osiguratelju.
- (3) Ako ponuda odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa ovo osiguranje, Osiguratelj ima pravo u roku od 8 dana od dana zaprimanja ponude odbiti ponudu, pisanim putem o tome obavijestiti Ugovaratelja osiguranja te mu u istom roku dostaviti novu izmijenjenu ponudu.
- (4) Ako Ugovaratelj osiguranja u roku od 14 dana od dana primitka ne odbije ponudu s predloženim drugačijim uvjetima osiguranja, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen s danom isteka 14. dana od dana primitka izmijenjene ponude Osiguratelja.
- (5) Ako ponuditelj, na zahtjev Osiguratelja, ne pristupi liječničkom pregledu i/ili ne dostavi traženu dokumentaciju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka poziva smatrat će se da je odustao od sklapanja ugovora o osiguranju.
- (6) Ako u razdoblju od podnošenja ponude do sklapanja ugovora dođe do povećanja rizika (npr. oboljenja odnosno ozljede), Osiguranik odnosno Ugovaratelj osiguranja mora odmah nakon saznanja pisanim putem o tome obavijestiti Osiguratelja koji će napraviti novu procjenu rizika.
- (7) Ako se tako ugovori, Ugovor o osiguranju može biti sklopljen i:
 - samim potpisom police osiguranja ili
 - samim plaćanjem premije ili obroka premije.

- (8) Kao dokaz (ispravu) o sklopljenom ugovoru Osiguratelj izdaje policu osiguranja.
- (9) Temeljem ugovora o osiguranju i/ili plaćene premije, Osiguratelj izdaje iskaznicu dodatnog zdravstvenog osiguranja, kojom se pružatelju usluge dokazuje status osiguranika.

POVEĆANI RIZIK BOLESTI

Članak 5.

- (1) Osiguratelj može odlučiti da privremeno ne prihvaća obvezu za određenu bolest, a ima pravo i odbiti ili odgoditi prihvat ponude za sklapanje osiguranja sukladno Posebnim uvjetima za osiguranje povećanog (anormalnog) rizika bolesti.
- (2) Ako Osiguratelj temeljem ponude, 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 će obavijestiti Ugovaratelja osiguranja.

OPSEG OBVEZE OSIGURATELJA

Članak 6.

- (1) Osiguranici koriste ugovorene medicinske usluge obračunajući se zdravstvenom savjetniku Osiguratelja, koji za osiguranika ugovara vrstu i vrijeme pregleda odnosno pretrage u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, ordinaciji ili trgovačkom društvu. Zdravstveni savjetnik Osiguratelja šalje uputnicu u ugovornu zdravstvenu ustanovu, ordinaciju ili trgovačko društvo, kojom naručuje obavljanje tako dogovorene usluge.
- (2) Ako, sukladno odredbama dodatnih /posebnih/ uvjeta ugovora, za ugovorene usluge nije potrebna prethodna suglasnost ili se ne ugovaraju putem zdravstvenog savjetnika Osiguratelja, osiguranik je dužan podnijeti zahtjev za refundaciju ugovorenih troškova na tiskanici Osiguratelja. Uz zahtjev, osiguranik je dužan priložiti original računa i medicinsku dokumentaciju iz koje se nedvosmisleno može utvrditi osigurateljna obveza. Osiguratelj je u obvezi za isplatu ugovorenih troškova u roku 14 dana od primitka zahtjeva osiguranika s potrebnom dokumentacijom.
- (3) Osiguratelj u 100%-tnom iznosu pokriva samo troškove ugovorenih medicinskih usluga koji su nastali ostvarivanjem prava osiguranika sukladno stavku (1) ovog članka unutar zdravstvene mreže Osiguratelja, osim ako je dodatnim/posebnim uvjetima drugačije određeno. Iznimno, ako se radi o nastavku započetog postupka liječenja u kojoj zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu ili kod kojeg privatnog zdravstvenog radnika koja prestane biti u zdravstvenoj mreži Osiguratelja, Osiguratelj će osiguraniku refundirati troškove medicinskih usluga na koje osiguranik ima pravo temeljem ugovora o osiguranju prema Premijskom sustavu Osiguratelja, a najduže do završetka započetog postupka liječenja.
- (4) Ako je osiguranik neku uslugu obavio izvan zdravstvene mreže Osiguratelja, Osiguratelj će mu nadoknaditi najviše do 80% cijene usluge prema Premijskom sustavu Osiguratelja, uz uvjet da se radi o nužnim medicinskim uslugama i ako Osiguratelj ne može pružiti ugovorenu uslugu u primjerenom roku ili u slučaju smanjene dostupnosti ugovornih zdravstvenih ustanova.
- (5) Osiguratelj se obvezuje putem zdravstvenog savjetnika ugovoriti pregled osiguraniku u što kraćem primjerenom roku. Primjerenim rokom za ugovaranje usluge na kraju osigurateljne godine ili osigurateljnog razdoblja smatra se rok od najviše 15 dana uz uvjet da usluga bude obavljena unutar trajanja osiguranja. Iznimno, ako Osiguratelj ne može ugovoriti traženu uslugu za vrijeme trajanja osiguranja, osiguranik ima pravo na obavljanje te usluge unutar ugovorne zdravstvene mreže i nakon isteka osiguranja.
- (6) Ukoliko osiguranik koristi ugovorene medicinske usluge suprotno odredbama iz ovog članka, Osiguratelj nije u obvezi nadoknaditi troškove za obavljene usluge.

PREMIJA OSIGURANJA

Članak 7.

- (1) Visina premije odnosno ukupan iznos premije i način plaćanja navedeni su u ponudi/ polici osiguranja. O visini premije Ugovaratelj osiguranja je obaviješten prije nego je ponudu za sklapanja ugovora o osiguranju uputio Osiguratelju, odnosno prije nego je potpisao policu, odnosno prije nego je uplatio premiju ili prvi obrok premije. Na premiju se ne plaća doprinos niti porez, kao niti drugi troškovi odnosno naknada, sukladno pozitivnim propisima Republike Hrvatske.

- (2) Premija osiguranja se utvrđuje za svaku osigurateljnu godinu na temelju važećeg Premijskog sustava Osiguratelja, a ovisi o opsegu osigurateljnog pokrića, dobi osiguranika na početku osigurateljnog razdoblja, ocjeni njegovog zdravstvenog stanja i obliku osiguranja.
- (3) Pristupna dob kao temelj za obračun godišnje premije osiguranja izračunava se tako da se od godine sklapanja ugovora, odnosno tekuće osigurateljne godine, oduzme godina rođenja osiguranika.
- (4) Visina premije se može promijeniti u tijeku godine ukoliko dođe do promjene zakona ili podzakonskih propisa koji se odnose na opseg i sadržaj dodatnog zdravstvenog osiguranja, visinu doplata ili druge elemente koji su značajni za utvrđivanje visine premije.
- (5) Ugovaratelj osiguranja dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed u ugovorenom roku. Iznimno se plaćanje premije može ugovoriti obročno, s time da se prvi obrok premije plaća potpisom ponude, odnosno police, ako se drugačije ne ugovori.
- (6) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je odmah pisanim putem izvjestiti Osiguratelja o promjeni zaposlenja (ili radnog mjesta), adresi stanovanja i promjeni načina plaćanja premije.
- (7) Osiguratelj ima pravo obračunati zateznu kamatu na svako zakašnjenje plaćanja ugovorene premije.
- (8) U slučaju da Ugovaratelj osiguranja ima dugovanje po premiji osiguranja duže od 90 dana, ostvaruje pravo na pokriće troškova. Osiguratelj će osiguraniku koji zatraži organiziranje zdravstvene usluge, istu organizirati. Trošak tako organizirane zdravstvene usluge platit će sam osiguranik, koji ima pravo na povrat sredstava plaćenih za tu uslugu, nakon što Ugovaratelj osiguranja, osiguranik ili druga zainteresirana osoba podmiri svu dospjelu premiju, a najviše do iznosa cijene usluge iz Premijskog sustava Osiguratelja.
- (9) Ako Ugovaratelj osiguranja premiju koja je dospjela nakon sklapanja ugovora ne plati do dospelosti, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu nakon isteka roka od trideset dana od kada je Ugovaratelju osiguranja uručeno preporučeno pismo CROATIA osiguranja d.d. s obavješću o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne trideset dana od dospelosti premije.
- (10) U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu ako premija ne bude plaćena u roku od jedne godine od dospelosti.

TRAJANJE OSIGURANJA

Članak 8.

- (1) Trajanje osiguranja navedeno je na polici. Ako nije drugačije ugovoreno, osiguranje počinje u 24,00 sata onog dana koji je u polici označen kao početak osiguranja i prestaje u 24,00 sata onog dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja.
- (2) Ugovor o osiguranju sklapa se na najmanje godinu dana te se u tom razdoblju ne može otkazati ili raskinuti.
- (3) Ako je ugovor sklopljen na razdoblje od dvije ili više godina, premija se obračunava za svaku osigurateljnu godinu.
- (4) Osiguranje prestaje kod svakog osiguranika na dan kada:
 - nastupi smrt osiguranika,
 - je raskinut ugovor o osiguranju,
 - prestane postojati zakonska osnova za osiguranje.

KARENCA

Članak 9.

- (1) Obveza Osiguratelja počinje nakon isteka karence odnosno 16-tog dana u 00,00 sati, računajući od dana koji je u polici osiguranja označen kao dan početka osiguranja, ako je do tog dana plaćena premija ili prvi obrok premije, osim ako dodatnim/posebnim uvjetima nije drugačije određeno.
- (2) Osiguratelj ne pokriva troškove ugovorenih usluga nastalih prije isteka roka iz stavka (1) ovog članka.
- (3) Kod obnove (produljenja trajanja) ugovora o osiguranju odredba iz stavka (1) ovog članka se ne primjenjuje.

DUŽNOST PRIJAVLJIVANJA

Članak 10.

Ugovaratelj osiguranja dužan je prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti Osiguratelju sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocjenu rizika i sklapanje ugovora, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

Članak 11.

- (1) Ako je Ugovaratelj osiguranja prilikom sklapanja ugovora o osiguranju namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve prirode da Osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, Osiguratelj može zahtijevati poništaj ugovora.
- (2) U slučaju poništaja ugovora iz razloga navedenih u stavku (1) ovoga članka, Osiguratelj zadržava naplaćene premije i ima pravo zahtijevati uplatu premije za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ugovora.
- (3) Pravo na poništaj ugovora o osiguranju prestaje ako Osiguratelj u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

NENAMJERNA NETOČNOST ILI NEPOTPUNOST PRIJAVE

Članak 12.

- (1) Ako je Ugovaratelj osiguranja učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, 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) Ugovor u tom slučaju prestaje nakon isteka četrnaest dana od kad je Osiguratelj svoju izjavu o raskidu priopćio Ugovaratelju osiguranja, a u slučaju prijedloga Osiguratelja da se premija poveća, raskid nastupa po samom zakonu ako Ugovaratelj osiguranja ne prihvati prijedlog Osiguratelja o razmjernom povećanju premije u roku od četrnaest dana od kad je Ugovaratelj osiguranja primio preporučeno pismo Osiguratelja o prijedlogu za povećanje premije.
- (3) U slučaju raskida po ovom članku, Osiguratelj je dužan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja osigurateljnog razdoblja.

ISKLUČENJA I OGRANIČENJA OBVEZE OSIGURATELJA

Članak 13.

- (1) Isključena je obveza Osiguratelja ako je osigurani slučaj nastao kao posljedica:
 - planiranog liječenja i/ili liječenja, specijalističkih pregleda, dijagnostičkih i drugih postupaka započetih prije početka osiguranja, a najduže 90 dana kod prvog sklapanja osiguranja,
 - pružanja medicinskih usluga zbog preventivne zdravstvene zaštite, osim ako dodatnim/posebnim uvjetima nije drugačije propisano,
 - obavljanja estetskih i/ili kozmetičkih zahvata bilo koje vrste,
 - umjetne oplodnje, medicinski potpomognute oplodnje i liječenja neplodnosti,
 - prekida trudnoće koji nije medicinski indiciran,
 - sterilizacije,
 - eksperimentalnog liječenja,
 - odvikavanja osiguranika od ovisnosti bilo koje vrste,
 - bolesti epidemijskih ili pandemijskih razmjera,
 - djelovanja alkoholnih i/ili narkotičkih sredstava kod osiguranika,
 - pokušaja samoubojstva osiguranika,
 - potresa,
 - rata i ratnih događanja svih vrsta bez obzira da li je rat objavljen ili nije,
 - revolucije, građanskog rata, pobune, sabotaze, terorizma i drugih sličnih događaja,
 - ostalih slučajeva utvrđenih Zakonom i podzakonskim aktima ili dodatnim/posebnim uvjetima osiguranja.
- (2) Obveza Osiguratelja isključena je u cijelosti za vrijeme razdoblja karence na početku osiguranja, kako je utvrđeno pojedinim dodatnim/posebnim uvjetima.
- (3) Obveza Osiguratelja isključena je za sva hitna zdravstvena stanja.

NEZADOVOLJSTVO UGOVARATELJA OSIGURANJA ILI OSIGURANIKA I RJEŠAVANJE PRITUŽBI

Članak 14.

- (1) Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju, trebaju nastojati sve svoje eventualne sporove s Osigurateljem, koji proizlaze ili su u vezi s predmetnim ugovorom o osiguranju, riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka Osiguratelja o izvansudskom rješavanju sporova.
- (2) Ukoliko se strane ne mogu sporazumjeti mirnim putem odredit će stručne osobe i povjeriti im rješavanje spornih okolnosti s tim da će obje strane

uplatiti predujam u jednakom iznosu. Ovlaštene osobe očitovat će se samo na sporne okolnosti.

- (3) Ovlaštena osoba može biti pravnik ili vještak medicinske struke koji će odluku donijeti koristeći se medicinskom dokumentacijom i ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju te odgovarajućim propisima.
- (4) Ocjena ovlaštenih osoba obvezuje obje strane, a trošak snose ovisno o odluci povjerenstva.
- (5) Ugovaratelj osiguranja/Osiguranik (dalje u tekstu: podnositelji pritužbe) temeljem sklopljenog Ugovora o osiguranju imaju pravo podnijeti Osiguratelju pritužbu na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenja obveza iz Ugovora o osiguranju, i to zbog postupanja Osiguratelja i zbog postupanja osobe koja za Osiguratelja obavlja poslove zastupanja u osiguranju.
- (6) Pritužba se može podnijeti: u prostorijama Osiguratelja popunjavanjem obrazaca za pritužbe; putem pošte na adresu: CROATIA osiguranje d.d., PP 56, 10002 Zagreb; putem elektroničke pošte na e-mail adresu: pritužbe@crosig.hr; pozivom na telefonski broj: 072 00 1884; telefaksom na broj: 01 633 2020.
- (7) Pritužba treba sadržavati:
 - 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;
 - razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe te 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;
 - datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa;
 - punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.
- (8) Sektor za market menadžment je nadležan za upravljanje procesom rješavanja pritužbi.
- (9) Osiguratelj će dostaviti odgovor na pritužbu podnositelju pritužbe u roku od 15 (petnaest) dana od dana kada je pritužba zaprimljena kod Osiguratelja, a iznimno, kada se odgovor ne može dati unutar navedenog roka, Osiguratelj će obavijestiti podnositelja pritužbe o razlozima kašnjenja i naznačiti kada će postupak biti dovršen i kada će biti odgovoreno na pritužbu. (10) Ako Osiguratelj u cijelosti ili djelomično ne udovolji zahtjevu podnositelja pritužbe, nezadovoljan podnositelj pritužbe može:
 - a) podnijeti pritužbu Pravobranitelju osiguranja zbog kršenja Kodeksa osigurateljne i reosigurateljne etike i/ili
 - b) pokrenuti postupak za mirno rješavanje spora (primjerice pred Centrom za mirenje pri Hrvatskoj gospodarskoj komori i/ili Centrom za mirenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje). Prijedlog za mirenje dostavlja se u pisanom obliku.
 - c) Ako spor nije riješen na koji od predviđenih načina, za rješavanje spora nadležan je stvarno nadležni sud u Zagrebu.
- (11) Ako Ugovaratelj osiguranja/Osiguranik ili druga zainteresirana osoba smatra da Osiguratelj ili osoba koja obavlja poslove zastupanja Osiguratelja ne postupaju u skladu sa svojim obvezama, mogu o tome podnijeti predstavku Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga.

TERRITORIJALNA VALJANOST

Članak 15.

Ovo osiguranje vrijedi na području Republike Hrvatske, ako se drugačije ne ugovori.

IZMJENE UVJETA OSIGURANJA ILI PREMIJSKOG SUSTAVA OSIGURATELJA

Članak 16.

- (1) Ako Osiguratelj izmijeni uvjete osiguranja ili Premijski sustav na temelju kojeg se mijenja premija osiguranja, obvezuje se o tome pisano ili na drugi pogodan način izvijestiti ugovaratelja osiguranja najkasnije 30 (trideset) dana prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ugovaratelj osiguranja ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti iz stavka (1) ovog članka. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako Ugovaratelj osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju u roku iz stavka (2) ovog članka, ugovor o osiguranju se početkom sljedećeg razdoblja osiguranja mijenja i nastavlja u skladu s izvršenim promjenama u uvjetima osiguranja ili s promijenjenom premijom osiguranja.

RASKID UGOVORA

Članak 17.

- (1) Svaka ugovorna strana može raskinuti ugovor s danom dospelosti premije, obavještavajući pisanim putem drugu ugovornu stranu najkasnije tri mjeseca prije dospelosti premije.
- (2) Ako Ugovaratelj osiguranja predlaže raskid ugovora o osiguranju, dužan je o svojoj namjeri pisanim putem obavijestiti Osiguratelja najkasnije tri mjeseca prije dospelosti premije za narednu osigurateljnu godinu. Ako je osiguranik u prvoj osigurateljnoj godini iskoristio uslugu sistematskog pregleda koja se prema dodatnim/posebnim uvjetima može koristiti jedanput u tijeku osigurateljnog razdoblja od dvije godine, prije raskida ugovora dužan je platiti penale u visini 30% od godišnje premije. U suprotnom, osiguranje se ne može raskinuti.
- (3) U slučaju iz stavka (1) ovog članka smatra se da je ugovoreno da se premija za tekuću godinu plaća jednokratno i da je dospjela na naplatu odjednom, s danom sklapanja ugovora o osiguranju.
- (4) Ako je Osiguratelj pravodobno primio pisanu obavijest o raskidu, ugovor o osiguranju prestaje s istekom tekuće osigurateljne godine za koju je plaćena premija ili koji ugovoreni obrok premije.
- (5) Osiguratelj ima pravo na naplatu sve preostale dužne premije koja se odnosi na tekuću osigurateljnu godinu, kako one koja nije plaćena od dana sklapanja ugovora o osiguranju do dana kada je Osiguratelj primio pisanu obavijest da Ugovaratelj osiguranja raskida ugovor o osiguranju, tako i premije koja bi bila dospjela na naplatu od dana kada je Osiguratelj primio pisanu obavijest, do isteka osigurateljne godine.
- (6) Ako je Ugovaratelj osiguranja pisanu obavijest o raskidu osiguranja dostavio u vremenu kraćem od tri mjeseca prije dospelosti premije za sljedeću osigurateljnu godinu, ugovor o osiguranju ostaje na snazi za tekuću godinu, kao i za narednu osigurateljnu godinu, a Osiguratelj ima obvezu ispuniti svoje obveze iz ugovora o osiguranju, ima pravo na premiju obračunatu do isteka tekuće osigurateljne godine, kao i pravo na premiju za cijelu narednu godinu osiguranja.
- (7) Kada je ugovor o osiguranju sklopljen sredstvom daljinske komunikacije Ugovaratelj osiguranja može jednostrano raskinuti ugovor o osiguranju, ne navodeći za to razloge, u roku od 14 dana od dana sklapanja ugovora o osiguranju, osim ako je na izričit zahtjev Ugovaratelja osiguranja, prije nego što je iskoristio svoje pravo na raskid ugovora, ugovor u potpunosti ispunjen.

MJERODAVNO PRAVO

Članak 18.

Ne postoji sloboda izbora mjerodavnog prava. Na ugovor o osiguranju sklopljen po ovim Općim uvjetima primjenjuju se pozitivni propisi Republike Hrvatske.

ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 19.

Ovi Opći uvjeti primjenjuju se od 15. lipnja 2020. godine.