

OPĆI UVJETI ZA DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Ovi Opći Uvjeti za dodatno zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: Uvjeti*) sastavni su dio Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju, koji je Ugovaratelj osiguranja sklopio s društvom Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. (*u daljnjem tekstu: Osiguratelj*).

(2) Ovim Uvjetima reguliraju se odnosi između Ugovaratelja osiguranja, Osiguranika i Osiguratelja iz Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju kako je definirano zakonima i zakonskim propisima iz područja zdravstva.

(3) Dodatno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se osigurava 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.

(4) Pojedini izrazi u ovim Uvjetima znače:

OSIGURATELJ je Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d.;
UGOVARATELJ OSIGURANJA je fizička ili pravna osoba koja s Osigurateljem sklopi Ugovor o osiguranju i koja je obvezna plaćati premiju osiguranja;

OSIGURANIK je fizička osoba koja temeljem nastalog Osiguranog slučaja ima pravo na ispunjenje Osigurateljeve ugovorne obveze;

PONUĐITELJ je osoba koja podnosi ponudu za osiguranje;

ZDRAVSTVENI UPITNIK je skup pitanja kojima se procjenjuje zdravstveno stanje prije sklapanja Ugovora o osiguranju i ocjenjuje povećani rizik bolesti;

PREMIJA OSIGURANJA je iznos koji je Ugovaratelj osiguranja dužan platiti Osiguratelju prema sklopljenom Ugovoru o osiguranju;

POLICA OSIGURANJA je isprava o sklopljenom Ugovoru o osiguranju koju izdaje Osiguratelj;

ISKAZNICA DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA (*u daljnjem tekstu: Iskaznica*) je isprava u elektroničkom obliku ili od tvrde plastike kojom Osiguranik dokazuje svoj status Osiguranika i kojom ostvaruje prava iz sklopljenog Ugovora o osiguranju;

OSIGURATELJNO POKRIĆE je popis usluga i limita na koje Osiguranik ima pravo temeljem Ugovora o osiguranju;

OSIGURANI SLUČAJ je usluga iz Osigurateljnog pokrića, koja je pružena za vrijeme Osigurateljnog razdoblja na način propisan Uvjetima;

CJENIK MEDICINSKIH USLUGA predstavlja popis medicinskih usluga s pripadajućim cijenama izraženim u eurima;

MEDINSKI INDICIRANA USLUGA predstavlja medicinsku uslugu iz Osigurateljnog pokrića koja je preporučena od strane liječnika, a za koju postoje dokumentirani simptomi, znakovi ili abnormalni klinički i laboratorijski nalazi temeljem kojih je usluga preporučena. Preventivna usluga, usluga temeljem pozitivne obiteljske anamneza te usluga kao rezultat genskog testiranja bez postojanja jasnih simptoma, znakova ili abnormalnih kliničkih i laboratorijskih nalaza ne smatra se medicinski indiciranom uslugom za obavljanje na teret dodatnog zdravstvenog osiguranja osim ako posebnim uvjetima nije drugačije propisano.

PROVODITELJ USLUGA je zdravstvena ustanova, privatni zdravstveni radnik te trgovačko društvo koji obavlja zdravstvenu djelatnost, a kod kojih Osiguranik može koristiti prava iz dodatnoga zdravstvenog osiguranja.

UGOVORNI PROVODITELJ USLUGE je Provoditelj usluga s kojim Osiguratelj ima sklopljen Ugovor o poslovnoj suradnji za pružanje medicinske usluge, a na obavljanje koje se upućuje Osiguranik. Usluga se obavlja temeljem Uputnice dostavljene od strane Osiguratelja, a plaćanje usluge provodi Osiguratelj direktno Ugovornom provoditelju usluge. Popis Ugovornih provoditelja usluga nalazi se na Internet stranici Osiguratelja www.wiener.hr;

NEUGOVORNI PROVODITELJ USLUGE je Provoditelj usluge s kojim Osiguratelj nema sklopljen Ugovor o poslovnoj suradnji ili Provoditelj usluga s kojim Osiguratelj ima sklopljen Ugovor o poslovnoj suradnji ali ne za traženu medicinsku uslugu. Usluga se obavlja bez slanja Uputnice, a plaćanje se provodi Ugovaratelju osiguranja odnosno Osiguraniku temeljem podnesenog Obrasca za prijavu štete.

UPUTNICA je dokument kojeg ovlašteni radnik Osiguratelja dostavlja Ugovornom provoditelju usluga za obavljanje dogovorene medicinske usluge iz Osigurateljnog pokrića;

OSIGURATELJNO RAZDOBLJE je razdoblje na koje je sklopljen Ugovor o osiguranju, a utvrđuje se u pravilu u trajanju od dvije (2) godine osim ako posebnim uvjetima ili ugovorom o osiguranju nije drugačije utvrđeno.

OSIGURATELJNA GODINA je razdoblje od jedne (1) godine koje se računa od datuma početka Ugovora o osiguranju do istog datuma sljedeće godine;

PERIOD POČEKA (KARENCA) je vremensko razdoblje definirano na Polici osiguranja, a računa se od dana koji je naznačen kao početak osiguranja, za vrijeme kojeg osigurateljno pokriće nije na snazi odnosno Osiguratelj nije u obvezi isplate osigurane svote ako osigurani slučaj nastupi za vrijeme karence;

SAMOPRIDRŽAJ ili franšiza je iznos ili postotak sudjelovanja Osiguranika u troškovima Osiguranog slučaja.

II. SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE I SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 2.

(1) Osiguranikom po osnovi dodatnog zdravstvenog osiguranja može postati samo ona osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: HZZO*), sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (*u daljnjem tekstu: Zakon*).

(2) Osiguranik po ovim Uvjetima može biti fizička osoba pristupne dobi od najmanje osamnaest (18) godina do navršene sedamdesete (70) godine života temeljem učinjene ponude Osiguratelju osim ako posebnim uvjetima ili Ugovorom o osiguranju nije drugačije utvrđeno. Prije sklapanja Ugovora o osiguranju Osiguranik popunjava zdravstveni upitnik te po potrebi dostavlja medicinsku dokumentaciju i/ili prolazi zdravstveni pregled prema zahtjevu Osiguratelja čime se procjenjuje zdravstveno stanje i ocjenjuje postojanje povećanog rizika bolesti osim ako posebnim uvjetima ili Ugovorom o osiguranju nije drugačije utvrđeno.

(3) Osiguranje se može obnavljati na način da osiguranje završava najkasnije u godini u kojoj Osiguranik navršava sedamdesetpetu (75) godinu života osim ako posebnim uvjetima ili Ugovorom o osiguranju nije drugačije utvrđeno.

(4) Ugovor o osiguranju sklopljen je kada je ponuda o osiguranju prihvaćena.

(5) Ugovor o osiguranju smatra se sklopljenim uplatom premije odnosno prvog obroka premije ako je ugovoreno obročno plaćanje.

(6) Pisana ponuda učinjena Osiguratelju za sklapanje Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju obvezuje Ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od osam (8) dana od dana kada je ponuda prispjela Osiguratelju, a ako je potreban liječnički pregled ili dodatna medicinska dokumentacija onda za vrijeme od trideset (30) dana. Ako Osiguratelj u navedenom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih Uvjeta za predloženo osiguranje, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je Ugovor o osiguranju sklopljen.

(7) Ako u razdoblju od podnošenja ponude do sklapanja Ugovora o osiguranju dođe do povećanja rizika (*npr. oboljenja odnosno ozljede*), Ugovaratelj osiguranja mora odmah nakon saznanja pisanim putem o tome obavijestiti Osiguratelja koji će napraviti novu procjenu rizika.

(8) Ako u toku trajanja osiguranja dođe do gubitka statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, Ugovaratelj osiguranja je dužan o tome obavijestiti Osiguratelja.

(9) Osiguranik iz stavka 1. ovoga članka, gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, gubi status Osiguranika u dodatnom zdravstvenom osiguranju.

(10) Temeljem Ugovora o osiguranju i plaćene premije osiguranja, Osiguratelj izdaje Iskaznicu, kojom se Provoditelju usluge dokazuje status Osiguranika. Trošak izdavanja iskaznice od tvrde plastike prilikom sklapanja ugovora o osiguranju snosi Osiguratelj. Trošak svakog naknadnog izdavanja iskaznice od tvrde plastike snosi Ugovaratelj osiguranja u fiksnom iznosu od 5,00 €.

(11) Kod obnove osiguranja, Ponuditelj ponovno daje ponudu Osiguratelju koja uključuje Zdravstveni upitnik te po potrebi prilaže medicinsku dokumentaciju o provedenom liječenju temeljem čega se procjenjuje promijenjeno zdravstveno stanje i ocjenjuje povećani rizik bolesti osim ako posebnim uvjetima ili Ugovorom o osiguranju nije drugačije utvrđeno.

(12) Osiguratelj može odlučiti da privremeno ne prihvaća obvezu za određenu bolest, a ima pravo i odbiti ili odgoditi prihvrat ponude za sklapanje Ugovora o osiguranja sukladno Posebnim uvjetima za osiguranje povećanog rizika bolesti.

(13) Ako Osiguratelj temeljem ponude, podataka iz zdravstvenog upitnika, medicinske dokumentacije ili zdravstvenog pregleda, ocjeni da se Osiguranik može prihvatiti u osiguranje uz povećanu premiju, o tome će obavijestiti Ugovaratelja osiguranja.

III. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 3.

(1) Osiguranici koriste medicinske usluge iz Osigurateljnog pokrića obračunajući se ovlaštenom radniku Osiguratelja koji za Osiguranika:

- provjerava pravo iz Osigurateljnog pokrića;
- provjerava postojanje medicinske indikacije za medicinske usluge za koje je to potrebno;
- provjerava popis Ugovornih provoditelja usluga za traženu medicinsku uslugu;
- ugovara vrstu i vrijeme provođenja medicinske usluge kod Ugovornih provoditelja usluga te šalje Uputnicu Ugovornom provoditelju usluga;
- upućuje osiguranika na način korištenja prava iz Osigurateljnog pokrića kod Neugovornih provoditelja usluge.

(2) Troškove medicinskih usluga iz Osigurateljnog pokrića koji su nastali ostvarivanjem prava Osiguranika sukladno odredbama ovih Uvjeta kod Ugovornih provoditelja usluga, Osiguratelj pokriva Ugovornom provoditelju usluga sukladno Cjeniku medicinskih usluga Osiguratelja i sklopljenom Ugovoru o poslovnoj suradnji.

(3) Troškove medicinskih usluga iz Osigurateljnog pokrića koji su nastali ostvarivanjem prava Osiguranika sukladno odredbama ovih Uvjeta kod Neugovornih provoditelja usluga, Osiguratelj pokriva Ugovornom provoditelju osiguranja temeljem zaprimljenog Obrasca za prijavu štete u visini iz stavka 5. ovog članka..

(4) Refundacija troškova iz stavka 3. ovog članka provodi se temeljem zaprimljenog Obrasca za prijavu štete, u roku od najviše četrnaest (14) dana od dana zaprimanja Obrasca i računa na ime Osiguranika s potrebnom medicinskom dokumentacijom. Ako je za utvrđivanje postojanja osnova ili visine obveze, odnosno kontrolu računa i medicinske dokumentacije potrebno stanovito vrijeme, rok za isplatu ili obavijest da je zahtjev neosnovan iznosi trideset (30) dana. Ukoliko Osiguratelj neće biti u mogućnosti donijeti konačnu odluku o visini svoje obveze u roku od trideset (30) dana od dana zaprimanja Obrasca, obvezuje se isplatiti iznos nespornog dijela obveze na ime predujma. Ne ispunio li Osiguratelj svoju obvezu u rokovima iz ovog članka, duguje osiguraniku zatezne kamate od dana primitka obavijesti o osiguranom slučaju, kao i naknadu štete koja mu je uslijed toga nastala.

(5) Ako je Osiguranik medicinsku uslugu obavio kod Neugovornog provoditelja usluga, Osiguratelj će mu nadoknaditi 100% cijene te usluge iz Cjenika usluga Hrvatske liječničke komore odnosno Hrvatske komore medicinskih biokemičara koji su dostupni na web stranicama nadležnih komora i koji su bili na snazi u trenutku pružanja medicinske usluge.

(6) Osiguratelj se obvezuje putem ovlaštenog radnika dogovoriti pružanje medicinske usluge kod Ugovornih provoditelja usluga u što kraćem. Primjerenim rokom za ugovaranje pružanja medicinske usluge kod Ugovornih provoditelja usluga smatra se rok od najviše 15 radnih dana od dana javljanja Osiguratelju. Ukoliko zbog popunjenih kapaciteta Ugovornog provoditelja usluge, medicinsku uslugu nije moguće dogovoriti kod Ugovornog provoditelja usluge po izboru Osiguranika, Osiguraniku će biti ponuđeno obavljanje medicinske usluge kod drugog Ugovornog provoditelja usluge ili će se Osiguranik uputiti na dogovaranje usluge kod Neugovornog provoditelja usluga.

(7) Dogovaranje termina usluga kod Neugovornog provoditelja usluge provodi Osiguranik samostalno nakon što Ovlašteni radnik Osiguratelja provjeri postojanje prava iz Osigurateljnog pokrića i postojanje medicinske indikacije za usluge za koje je to potrebno sukladno stavku 1. ovog članka.

(8) Ukoliko Osiguranik koristi medicinske usluge iz Osigurateljnog pokrića suprotno odredbama iz ovog članka, Osiguratelj nije u obvezi pokriti troškove za obavljene medicinske usluge.

(9) Ukoliko Osiguranik ne obavi dogovorenu medicinsku uslugu kod Ugovornog provoditelja usluga zbog nepojavljivanja, a istu nije otkazao putem ovlaštenog radnika Osiguratelja najkasnije dvadeset četiri (24) sata prije ugovorenog termina, smatrat će se da je medicinska usluga obavljena.

Članak 4.

(1) Na zahtjev Osiguratelja, Osiguranik je dužan dostaviti svu relevantnu medicinsku dokumentaciju, a u svrhu dokaza da je koristio neko od prava iz zdravstvene zaštite sukladno sklopljenom Ugovoru o osiguranju. Osiguratelj ima pravo na provjeru cijena plaćenih medicinskih usluga te pregled medicinske dokumentacije. Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze koji su po razumnoj ocjeni relevantni za ocjenu opravdanosti predmetnog zahtjeva.

(2) Za neovlašteno korištenje Iskaznice dodatnog zdravstvenog osiguranja te za plaćanje medicinskih usluga na koje, po ovim Uvjetima nema pravo, Osiguranik je odgovoran prema Zakonu, a Osiguratelj ima pravo na povrat isplaćenog iznosa, uz naknadu svih troškova nastalih takvim postupanjem.

IV. PREMIJA OSIGURANJA

Članak 5.

(1) Premija osiguranja utvrđuje se za osigurateljno razdoblje, a ovisi o opsegu osigurateljnog pokrića, pristupnoj dobi Osiguranika, zdravstvenom stanju Osiguranika i obliku osiguranja.

(2) Iznos godišnje premije odnosno iznos obroka premije ako je ugovoreno obročno plaćanje i način plaćanja navedeni su u Polici osiguranja. Ugovaratelj osiguranja se obavještava o visini premije prije nego je uplatio premiju ili prvi obrok premije ako je ugovoreno obročno plaćanje. Na premiju se ne plaća doprinos niti porez, kao niti drugi trošak odnosno naknada, u skladu s pozitivnim propisima Republike Hrvatske.

(3) Ugovaratelj osiguranja dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed. Godišnja premija osiguranja dospijeva na naplatu u cijelosti i plaća se jednokratno, odnosno u obrocima ako je tako ugovoreno, prema dospijeću naznačenom na polici osiguranja.

(4) Ugovaratelj osiguranja, odnosno Osiguranik, dužan je odmah pisanim putem izvijestiti Osiguratelja o promjeni dostavne adrese.

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

(6) U slučaju da Ugovaratelj osiguranja ima dugovanje po premiji osiguranja duže od šezdeset (60) dana od dospelosti premije, Osiguranik ostvaruje pravo na pokriće troškova medicinskih usluga sukladno članku 3. stavak 4. ovih Uvjeta uz prethodnu naplatu dužne premije osiguranja pod uvjetom da je Ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju još uvijek na snazi.

(7) 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 (30) dana od kada je Ugovaratelju osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguratelja s obavijesti o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne trideset (30) dana od dospelosti premije. Ugovorne strane mogu ugovoriti da će se dostava pisma s obaviješću o dospelosti premije izvršiti putem usluge elektroničke preporučene dostave koju obavlja kvalificirani pružatelj usluga povjerenja sukladno Uredbi (EU) br. 910/2014 Europskog parlamenta i Vijeća od 23. srpnja 2014. o elektroničkoj identifikaciji i uslugama povjerenja za elektroničke transakcije na unutarnjem tržištu i stavljanju izvan snage Direktive 1999/93/EZ (SL L 257, 28. 8. 2014.) te sukladno zakonu kojim se osigurava provedba predmetne Uredbe.

(8) U svakom slučaju Ugovor o osiguranju prestaje po samom Zakonu, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

V. NAMJERNA NETOČNA PRIJAVA ILI PREŠUĆIVANJE

Članak 6.

(1) Ugovaratelj osiguranja dužan je prijaviti Osiguratelju, prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju, sve okolnosti i činjenice koje su značajne za ocjenu rizika i sklapanje Ugovora o osiguranju, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

(2) Ako je Ugovaratelj osiguranja namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve naravi da Osiguratelj ne bi

sklopio Ugovor o osiguranju da je znao za pravo stanje stvari, Osiguratelj može zahtijevati poništaj Ugovora o osiguranju.

(3) U slučaju poništaja Ugovora o osiguranju iz stavku 2. ovoga članka Osiguratelj ima pravo zadržati i naplatiti premiju za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj Ugovora o osiguranju.

(4) Osigurateljevo pravo da zahtijeva poništaj Ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od tri (3) mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi Ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

VI. NENAMJERNA NETOČNOST ILI NEPOTPUNOST PRIJAVE

Članak 7.

(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 o osiguranju ili predložiti povećanje premije razmjerno povećanom riziku.

(2) Ugovor o osiguranju, u slučaju raskida iz stavka 1. ovog članka, prestaje nakon isteka četrnaestog (14) dana otkad je Osiguratelj svoju izjavu o raskidu priopćio Ugovaratelju osiguranja.

(3) U slučaju Osigurateljeva prijedloga iz stavka 1. ovog članka da se premija poveća, raskid Ugovora o osiguranju nastupa po samom zakonu ako Ugovaratelj osiguranja ne prihvati prijedlog u roku od četrnaest (14) dana od primitka prijedloga.

(4) U slučaju raskida Ugovora o osiguranju, Osiguratelj je dužan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

(5) Ako se osigurani slučaj dogodio prije nego što je utvrđena netočnost ili nepotpunost prijave ili nakon toga, ali prije raskida Ugovora o osiguranju, odnosno prije postizanja sporazuma o povećanju premije, naknada se smanjuje u razmjeru između stope plaćenih premija i stope premija koje bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.

VII. POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

Članak 8.

(1) Osiguranje počinje istekom dvadesetčetvrtog (24.) sata onoga dana koji je u Polici naveden kao početak osiguranja, pod uvjetom da je prije toga plaćena premija osiguranja, odnosno premijski obrok, a prestaje istekom dvadesetčetvrtog (24.) sata onog dana koji je u Polici naveden kao dan prestanka osiguranja, ako nije drukčije ugovoreno.

(2) Obveza Osiguratelja počinje u 00,00 sati šesnaestog (16) dana od dana označenog u Polici kao početak osiguranja, ako je do tog dana plaćena premija osiguranja ili njen prvi obrok (Period počeka ili karenca).

(3) Osiguratelj prije isteka roka iz stavka 2. ovog članka, ne pokriva troškove zdravstvene zaštite iz članka 3. ovih Uvjeta. Period počeka (karenca) se ne primjenjuje kod produljenja trajanja Ugovora o osiguranju, za Osiguraničke koji su imali ranije ugovoreno dodatno zdravstveno osiguranje kod bilo kojeg Osiguratelja i koje je isteklo najkasnije trideset (30) dana prije početka osiguranja po ovim Uvjetima niti za osiguranja kod kojih je ugovoren početak osiguranja s odmakom većim od trideset (30) dana od dana Ugovaranja osiguranja osim ako posebnim uvjetima ili ugovorom o osiguranju nije drugačije utvrđeno..

(4) Ugovor o osiguranju sklapa se u pravilu na rok od dvije (2) godine s time da se premija naplaćuje posebno za svaku Osigurateljnu godinu. Dodatno zdravstveno osiguranje iznimno se može ugovoriti i na kraći rok, ali ne kraći od godine dana, na način kako je utvrđeno posebnim uvjetima ili ugovorom o osiguranju.

VIII. ISKLJUČENJA I OGRANIČENJA OBVEZE OSIGURATELJA

Članak 9.

(1) Isključena je obveza Osiguratelja ako je osigurani slučaj nastao kao posljedica:

- planiranog liječenja odnosno specijalističkih pregleda, dijagnostičkih i terapijskih postupaka indiciranih prije početka osiguratelnog razdoblja;
- pružanja medicinskih usluga zbog preventivne zdravstvene zaštite osim ako posebnim uvjetima nije drugačije propisano;
- obavljanja estetskih i/ili kozmetičkih zahvata bilo koje vrste;
- prekida trudnoće koji nije medicinski indiciran;
- zdravstvena zaštita vezana uz IVF;
- eksperimentalnog liječenja;
- odvikavanja Osiguranička od ovisnosti bilo koje vrste;
- bolesti epidemijskih ili pandemijskih razmjera;

- vlastitog izlaganja nepotrebnim opasnostima, ili upletenosti u kaznena i nezakonita djela ili kao posljedica djelovanja alkoholičnih i/ili narkotičkih sredstava kod Osiguranička;
- pokušaja samoubojstva ili samoozljeđivanja Osiguranička;
- rata i ratnih događanja;
- revolucije, građanskog rata, pobune, sabotaže, terorizma i drugih sličnih događaja;
- ostalih slučajeva utvrđenih Zakonom i podzakonskim aktima ili Posebnim uvjetima osiguranja.

(2) Obveza Osiguratelja isključena je u cijelosti za vrijeme Perioda počeka (karence) na početku osiguranja, kako je utvrđeno ovim Uvjetima i Posebnim uvjetima osiguranja.

(3) Obveza Osiguratelja isključena je za hitna zdravstvena stanja.

(4) Obveza Osiguratelja isključena je za pokriće troškova prijevoza na obavljanje medicinskih usluga osim ako posebnim uvjetima nije drugačije propisao.

(5) Obveza osiguratelja isključena je ukoliko je Osiguraničnik koristio prava iz Osiguratelnog pokrića suprotno odredbi članka 3. stavka 1 ovih Uvjeta.

IX. IZMJENA UVJETA OSIGURANJA ILI PREMIJSKOG SUSTAVA OSIGURATELJA

Članak 10.

(1) Ako Osiguratelj izmijeni Uvjete osiguranja ili Premijski sustav, obvezuje se o tome pisano izvijestiti Ugovaratelja osiguranja najkasnije trideset (30) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine.

(2) Ugovaratelj osiguranja ima pravo otkazati Ugovor o osiguranju u roku od trideset (30) dana od dana primitka obavijesti. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće godine osiguranja.

(3) Ako Ugovaratelj osiguranja ne otkaže Ugovor o osiguranju u roku iz stavka 2. ovog članka, Ugovor o osiguranju se početkom sljedeće osigurateljne godine mijenja i nastavlja u skladu s izvršenim promjenama u Uvjetima osiguranja ili u Premijskom sustavu.

X. PRESTANAK I RASKID UGOVORA

Članak 11.

(1) Osiguranje prestaje:

- kad nastupi smrt Osiguranička;
- kad prestane postojati zakonska osnova za osiguranje (članak 2. stavak 9. Uvjeta);
- kada je raskinut Ugovor o osiguranju;
- istekom Ugovora o osiguranju.

(2) Ugovaratelj osiguranja može raskinuti Ugovor o osiguranju ako Ugovor o osiguranju nije prestao po kojem drugom temelju. Raskid se daje pisanim putem najkasnije trideset (30) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine te osiguranje prestaje s istekom osigurateljne godine.

(3) Osiguratelj može raskinuti Ugovor o osiguranju pisanim putem ako Ugovor o osiguranju nije prestao po kojem drugom temelju, najkasnije devedeset (90) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine.

(4) U slučaju prestanka Ugovora o osiguranju prije isteka osigurateljne godine, pri čemu je za vrijeme trajanja osigurateljne godine nastupio osigurani slučaj (po osnovnom ili pridruženom programu), Osiguratelj će naplatiti premiju osiguranja ugovorena za tekuću osigurateljnu godinu u cijelosti.

(5) U slučaju prestanka Ugovora o osiguranju prije isteka osigurateljne godine, pri čemu za vrijeme trajanja osigurateljne godine nije nastupio osigurani slučaj, odnosno u slučaju prestanka Ugovora o osiguranju iz stavka 1. točka 1. i 2. ovog članka, Osiguratelj ima će naplatiti premiju do dana prestanka Ugovora o osiguranju.

(6) U slučaju prestanka Ugovora o osiguranju za vrijeme ili na kraju prve osigurateljne godine, a Osiguraničnik je u prvoj osigurateljnoj godini iskoristio uslugu sistematskog pregleda koja se prema posebnim uvjetima može koristiti jedanput u tijeku osiguratelnog razdoblja od dvije godine, Osiguratelj će uvećati godišnju premiju iz stavka 4. ovog članka za 30%.

(7) Kada je Ugovaratelj osiguranja, zatražio raskid Ugovora o osiguranju, kada je Ugovor raskinut na zahtjev Osiguratelja ili je prestao po sili Zakona, Ugovaratelj osiguranja, odnosno Osiguraničnik, dužan je uništiti iskaznicu od tvrde plastike.

XI. KLAUZULA O SANKCIJAMA

Članak 12.

(1) Osiguratelj (reosiguratelj) neće smjeti pružiti pokriće i neće imati odgovornost platiti bilo koji odštetni zahtjev ili pružiti bilo kakvu korist prema ovom Ugovoru u onoj mjeri u kojoj bi pružanje takvog pokrića, plaćanja takvog zahtjeva ili pružanje takve koristi izložilo osiguratelja (reosiguratelja) bilo kojoj sankciji, zabrani ili ograničavanju u skladu s odlukama Ujedinjenih naroda ili trgovinskim ili gospodarskim sankcijama, zakonima ili propisima Europske unije, sankcijama Republike Hrvatske, Ujedinjenog Kraljevstva ili Sjedinjenih Američkih Država (pod uvjetom da to ne krši bilo koji propis ili specifično nacionalno pravo primjenjivo na osiguratelja ili reosiguratelja iz ovog Ugovora).

XII. MJERODAVNO PRAVO

Članak 13.

Na Ugovor o osiguranju i sve sporove koji proizađu iz Ugovora o osiguranju primjenjuje se kao mjerodavno pravo Republike Hrvatske.

XII. ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 14.

(1) Za odnose između Osiguratelja, Osiguranika i Ugovaratelja osiguranja te ostalih osoba kojih se tiče, a nisu regulirani ovim Uvjetima ni Ugovorom o osiguranju, primijenit će se odredbe Zakona o obveznim odnosima ili odredbe mjerodavnog prava koje se primjenjuje na Ugovor o osiguranju sukladno članku 13. ovih Uvjeta.

(2) Ovi Uvjeti primjenjuju se od 15. travnja 2025. godine.