

Opći uvjeti osiguranja specijalističko - ambulatnog liječenja

UVODNE ODREDBE

Članak 1.

- (1) **OSIGURANJE SPECIJALISTIČKO-AMBULANTNOG LIJEČENJA** Osiguranje specijalističko-ambulantnog liječenja (u daljnjem tekstu: osiguranje) je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje osiguraniku temeljem utemeljene medicinske indikacije u slučaju novonastale bolesti, stanja ili ozljede, pokriva troškove pruženih ambulantnih usluga, specijalističkih obrada, dijagnosticiranja i liječenja kod izvođača zdravstvenih usluga, najavljenih preko asistencijskog centra Osiguratelja Zdravstvene točke® te troškove izdavanja lijekova u ljekarni.
- (2) Dobrovoljnim (dodatnim) zdravstvenim osiguranjem osigurava se veći opseg prava u odnosu na prava iz Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ili osigurava viši standard zdravstvene zaštite i medicinskih usluga u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Ugovarateljem dobrovoljnog (dodatnoga) zdravstvenog osiguranja, prema odredbama ovih Uvjeta, smatra se osiguranik, odnosno pravna ili fizička osoba, tijelo državne vlasti ili drugo tijelo koje je za osiguranika sklopilo ugovor o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju i koje se obvezalo na uplatu premije osiguranja.
- Osiguranikom dobrovoljnog (dodatnoga) zdravstvenog osiguranja, prema odredbama ovih Uvjeta, smatra se fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, na temelju njezine suglasnosti, sklopljen ugovor o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju i koja koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju. Osiguranik može biti samo osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.
- (4) Opći uvjeti temelje se na Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu ZOZO), Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu ZDZO), i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (u daljnjem tekstu ZZZ), kao i ostalim propisima donesenim na temelju tih zakona, te se na odgovarajući način primjenjuju na ugovor o osiguranju kojeg sklapaju ugovaratelj osiguranja i Osiguratelj.
- (5) Međusobna prava i obveze uređuju se ugovorom o osiguranju između Triglav osiguranja d.d. i ugovaratelja osiguranja, odnosno osiguranika. Opći uvjeti sastavni su dio ponude i ugovora o osiguranju i kada se ovo osiguranje sklopi uz jedan od osnovnih programa dodatnog zdravstvenog osiguranja odnosno dopunskog zdravstvenog osiguranja kojeg ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik sklopi s Triglav osiguranjem d.d.
- (6) Sastavni dio Ugovora o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju čine ovi opći Uvjeti, policia dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, klauzule, ponuda za sklapanje Ugovora o osiguranju, Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika i pripadajuća medicinska i ostala dokumentacija te iskaznica dobrovoljnog (dodatnog) zdravstvenog osiguranja.

Članak 2.

ZDRAVSTVENA TOČKA®

- (1) Zdravstvena točka® je asistencijski centar Osiguratelja koji ugovaratelju osiguranja i osiguraniku pruža informacije o osiguranju i izvođačima,

- (2) Alati Zdravstvene točke® su:
1. Zdravstvena KLIC® (telefonski kontakt),
 2. Zdravstvena KLIK® (elektronički kontakt) i
 3. Kontakt Osiguratelja (osobni kontakt).
- (3) Osiguratelj kontakte Zdravstvene točke® objavljuje na svojoj internetskoj stranici – www.triglav.hr.
- (4) Prilikom poziva na telefon Zdravstvene točke, osiguranik je dužan navesti podatke iz svoje police osiguranja ili iskaznice dobrovoljnog (dodatnog) zdravstvenog osiguranja kao i sve druge podatke neophodne za organizaciju zdravstvene usluge.
- (5) U slučaju spriječenosti dolaska osiguranika u ugovorenom terminu, osiguranik je obavezan ugovorenu zdravstvenu uslugu otkazati najmanje 24 sata ranije. Svi troškovi koji proisteknu zbog neotkazivanja zdravstvene usluge u navedenom roku padaju na teret osiguranika.

Članak 3.

ZNAČENJE POJMOVA

- (1) U Općim uvjetima svi izrazi korišteni u muškom rodu vrijede i za osobe ženskog spola i za osobe muškog spola.
- (2) Izrazi navedeni u ovim Općim uvjetima imaju sljedeće značenje:
- 1.) **ambulantna rehabilitacija** su usluge ambulantnih terapija određene u članku 10. Općih uvjeta;
 - 2.) **bijeli recept** je službeni samoplatni receptni obrazac; odnosno privatni recept koji je potreban ukoliko se lijek nalazi na popisu lijekova koji se izdaju isključivo na liječnički recept, a ne nalazi se na osnovnoj ili dopunskoj listi lijekova te na temelju kojeg pacijent smije uzimati i kupiti lijek propisan privatnim receptom
 - 3.) **bolest** je odsutnost zdravlja koju utvrdi liječnik i/ili je posljedica je nesretnog slučaja (nezgode);
 - 4.) **karenca** je od strane Osiguratelja određeno razdoblje na početku ugovorenog trajanja osiguranja u kojem je ugovaratelj osiguranja dužan plaćati premiju osiguranja, a Osiguratelj ne daje osigurateljno jamstvo;
 - 5.) **dnevno liječenje** su zdravstvene usluge koje traju manje od dvadeset i četiri (24) sata i uobičajeno ne preko noći;
 - 6.) **iskaznica dobrovoljnog (dodatnog) zdravstvenog osiguranja** je isprava čiji je vlasnik Osiguratelj te na osnovu koje osiguranici ostvaruju pravo iz sklopljenog ugovora te koja samo uz policu predstavlja dokaz njihovog statusa. Na zahtjev Osiguratelja ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ju je dužan vratiti. Trošak izdavanja iskaznice snosi Osiguratelj. Nestanak ili gubitak iskaznice osiguranik je dužan usmeno prijaviti Osiguratelju odmah po saznanju, a potom i pismenim putem najkasnije u roku osam (8) dana. Trošak izdavanja nove iskaznice snosi ugovaratelj osiguranja. U slučaju raskida ugovora o osiguranju, kao i kod redovnog isteka osiguranja, ugovaratelj osiguranja i/ili osiguranik je dužan vratiti iskaznicu kako bi se ista poništila. Za sve troškove učinjene nakon prestanka osiguranja teretit će se ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik.
 - 7.) **izvođač zdravstvenih usluga** je osoba, koja posjeduje važeću dozvolu za obavljanje zdravstvene djelatnosti, odnosno pružanje zdravstvene skrbi ili je sa zdravstvenom ustanovom povezana ili ima dozvolu za rad kao samostalni liječnik ili stomatolog, odnosno zdravstvena ustanova koja ima dozvolu za obavljanje zdravstvenih usluga navedenih u ovim Općim uvjetima i priznata je od strane Osiguratelja; kao i zdravstvene ustanove i privatni zdravstveni radnici

koji su uključeni u mrežu javne zdravstvene službe, i mrežu hitne medicine, a sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakonu o ustanovama, Zakonu o trgovačkim društvima i Zakonu o koncesijama.

8.) **kronična bolest**, stanje ili ozljeda je bolest, stanje, odnosno ozljeda koja:

- se razvija polako i dugo traje,
- se ponavlja ili je vjerojatno da će se ponavljati,
- uzrokuje trajne zdravstvene posljedice, odnosno
- treba stalan medicinski nadzor, ublažavanje simptoma, liječenje, rehabilitaciju, odnosno zdravstvenu njegu. Kroničnom bolešću smatraju se i očekivane komplikacije zbog iste bolesti, stanja, odnosno ozljede te bolesti, stanja, odnosno ozljede navedene u upitniku o zdravstvenom stanju (u daljnjem tekstu **kronična bolest**);

9.) **godišnji osigurani iznos** je najviši iznos osigurnine do koje Osiguratelj jamči u razdoblju jedne (1) godine osiguranja, a koji je naveden na polici osiguranja;

10.) **nalog** je isprava Osiguratelja kojom ovlaštenu liječnik Osiguratelja ili liječnik specijalist ugovornog izvođača propisuje dijagnosticiranje, odnosno liječenje, a osiguranik ostvaruje prava iz osiguranja;

11.) **uputnica** je isprava obveznog zdravstvenog osiguranja s kojom osobni liječnik prenosi ovlaštenja na druge liječnike koji su na istoj ili višoj razini od njega;

12.) **narudžbenica – interna uputnica osiguratelja** je isprava Osiguratelja kojom je određen opseg zdravstvenih usluga koje na teret Osiguratelja može obaviti izvođač;

13.) **Nesretnim slučajem (nezgodom)** smatra se svaki iznenadan i o volji osiguranika nezavisna događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelomični invaliditet, privremenu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć, odnosno liječenje u bolnici. Nesretnim slučajem smatraju se: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet; udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima ili eksplozivnim tvarima; ubod kakvim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta osim ako je takvim ubodom prouzročena kakva infektivna bolest; trovanje hranom ili kemijskim sredstvima zbog neznanja osiguranika, osim profesionalnih oboljenja; infekcija ozljede prouzročene nesretnim slučajem; trovanje uslijed udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih oboljenja; opekotine vatrom ili električitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.; davljenje i utapanje, gušenje ili ugušenje uslijed zatrpavanja.

14.) **novonastala bolest**, stanje ili ozljeda je bolest, stanje, odnosno ozljeda koja nastupi nakon zaključenja osiguranja, odnosno prilikom zaključivanja osiguranja jer postoji, ali nije dijagnosticirana, odnosno liječena i osiguranik za nju nije znao, odnosno nije mogao znati, jer nije imao zdravstvene poteškoće, znakove bolesti ili simptome (u daljnjem tekstu **novonastala bolest**);

15.) **liječenje** obuhvaća specijalističko liječenje, zahtjevni dijagnostički postupak, zahvat ili ambulantnu rehabilitaciju;

16.) **dijete** je osiguranik mlađi od osamnaest (18) godina ili 26 godina, ako se redovno školuje;

17.) **ponuditelj** je osoba koja želi zaključiti ugovor o osiguranju i u tu svrhu Osiguratelju podnosi ponudu;

18.) **zahvat** su dijagnostički i terapijski zahvati u sklopu dnevnog liječenja, određeni u članku 9. Općih uvjeta;

19.) **ozljeda** je promjena ili narušenost tkiva, organa, odnosno organizma koja ne sadrži elemente bolesti ili degenerativnog procesa koji povećava sklonost ozljedama te nastane zbog nesretnog slučaja;

20.) **prethodno stanje** je bolest, stanje, odnosno ozljeda (uključujući zdravstvene poteškoće, znakove bolesti ili simptome) koja je nastupila prije zaključenja osiguranja, odnosno prilikom zaključivanja osiguranja postoji, bez obzira na to je li bila dijagnosticirana, odnosno liječena i osiguraniku je poznata ili mu nije mogla ostati nepoznata;

21.) **urođena mana** je stanje ili bolest koje postoji prilikom rođenja zbog nasljednih faktora, odnosno okolnosti koje se razviju tijekom trudnoće i otkrivena je prilikom rođenja ili bilo kada kasnije;

22.) **razlog liječenja** su zdravstvene poteškoće, znakovi bolesti ili simptomi zbog kojih osiguranik ostvaruje pravo iz osiguranja;

23.) **učesće** je dio troškova zdravstvenih usluga i lijekova koje prilikom ostvarivanja prava iz osiguranja osiguranik sam snosi;

24.) **specijalističko liječenje** su specijalističko ambulantne usluge, određene u članku 7. ovih Općih uvjeta;

25.) **Opći uvjeti** su Opći uvjeti osiguranja specijalističko-ambulantnog liječenja s oznakom ZDR-SA/08.2016-ZZ99;

26.) **starost osiguranika** je razlika između godine početka osiguranja i godine rođenja osiguranika;

27.) **zahtjevni dijagnostički postupak** su zahtjevne dijagnostičke pretrage, određene u članku 8. Općih uvjeta;

28.) **ugovaratelj osiguranja** je osoba koja s Osigurateljem zaključi ugovor o osiguranju;

29.) **premija osiguranja** je ugovorni iznos koji ugovaratelj osiguranja plaća Osiguratelju;

30.) **osigurani slučaj** je događaj na temelju kojega nastaje obveza Osiguratelja iz ugovora o osiguranju odnosno događaj prouzročen osiguranim rizikom;

31.) **Osiguratelj** je Triglav osiguranje d.d.;

32.) **osigurnina** je nominalni iznos koji za zdravstvene usluge i lijekove Osiguratelj isplaćuje prilikom nastupa osiguranog slučaja;

33.) **osigurateljno jamstvo** je obveza Osiguratelja da prema dogovorenim uvjetima iz ugovora o osiguranju, ispuni obveze iz ugovora o osiguranju;

34.) **osigurateljna godina** je razdoblje od jedne (1) godine koja počinje danom i mjesecom početka osiguranja;

35.) **osiguranik** je fizička osoba čiji je interes osiguran ugovorom o osiguranju;

36.) **lijek** su lijekovi određeni u članku 11. Općih uvjeta;

37.) **Zdravstvena točka[®]** je asistencijski centar Osiguratelja preko kojeg ugovaratelje osiguranja, odnosno osiguranik upravlja svojim osiguranjem i ostvaruje prava iz osiguranja.

38.) **Polica** je isprava o Ugovoru o osiguranju. U polici osiguranja navedeni su programi osiguranja, obim osigurateljnog pokrivača i godišnji limit pokrivača.

39.) **Ponuda** je pisani obrazac Osiguratelja na kojem ponuđač izjavljuje svoju volju za sklapanje Ugovora o osiguranju.

40.) **Kolektivno osiguranje** kod Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja specijalističko-ambulantnog liječenja je osiguranje u kolektivnom obliku po Posebnim uvjetima Osiguratelja.

41.) **Mrežu ugovornih zdravstvenih ustanova** predstavljaju izvođači zdravstvenih usluga koji imaju sa Osigurateljem sklopljen ugovor o pružanju usluga u kojima osiguranik koristi usluge ugovorene policom i na način predviđen ovim uvjetima. Pregled mreže ugovornih zdravstvenih usluga objavljen je na web stranici Osiguratelja – www.triglav.hr.

42.) **Mirovanje osiguranja** je vrijeme za koje osiguranik nema obvezu plaćanja premije osiguranja, a Osiguratelj nema nikakvu obvezu prema osiguraniku (ne garantira jamstvo za osiguranje).

Članak 4. Osobe koje se mogu osigurati

TKO SE MOŽE OSIGURATI

- (1) Ovim osiguranjem može se osigurati osoba koja ima prebivalište u Republici Hrvatskoj i koja temeljem Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ima status osigurane osobe osnovnog zdravstvenog osiguranja, kao što je propisano u čl.1. toč.3. ovih Uvjeta.

- (2) U pravilu se mogu osigurati osobe od nula (0) do navršenih šezdeset i pet (65) godina života na početku sklapanja osiguranja. Osobe starije od šezdeset i pet (65) godina mogu biti osigurane samo ako je to klauzulama predviđeno.
- (3) Pristupna starost je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika.
- (4) Dijete se može osigurati samo zajedno s roditeljem ili zakonskim zastupnikom uz isto osigurateljno pokriće, ako nije drugačije dogovoreno.
- (5) Ništavan je Ugovor o osiguranju duševno bolesnih osoba te osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti.

SADRŽAJ I OPSEG OSIGURANJA

Članak 5. Sadržaj osiguranja

- (1) Osiguranje pokriva troškove dijagnosticiranja, odnosno liječenja novonastale bolesti, stanja ili ozljede koje, temeljem osnovane medicinske indikacije, nastaje kod izvođača zdravstvenih usluga zbog pruženih zdravstvenih usluga specijalističke obrade, odnosno zahtjevnog dijagnostičkog postupka i u ljekarni izdavanjem lijekova.
- (2) Osiguranje pokriva troškove dijagnosticiranja, odnosno liječenja novonastale bolesti, stanja ili ozljede koje, temeljem osnovane medicinske indikacije, nastaju kod izvođača zdravstvenih usluga zbog pruženih zdravstvenih usluga zahvata, odnosno ambulantne rehabilitacije, ako je to dogovoreno u ugovoru o osiguranju.
- (3) Medicinski osnovana indikacija prema Općim uvjetima znači da su liječenje, odnosno lijek opravdani, jer ih je, sukladno dijagnozi i medicinskoj doktrini, propisao nadležni liječnik i primjerena je s obzirom na zdravstveno stanje osiguranika.
[4] Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ne obuhvaća hitne slučajeve u bilo kojem obliku.

Članak 6. Zdravstvene usluge

- (1) Zdravstvene usluge su stručno doktrinirano priznate medicinske usluge u Republici Hrvatskoj i izvode se kod ugovornih i neugovornih izvođača. Pregled ili druga medicinska usluga na trošak Osiguratelja može se obaviti u zdravstvenoj ustanovi koja ne pripada Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova Osiguratelja samo kada je to odobreno od strane Osiguratelja prije obavljenog pregleda ili pružanja druge medicinske usluge.

Članak 7. Specijalistička obrada

- (1) Specijalistička obrada su specijalističko-ambulantne usluge koje su potrebne za postavljanje dijagnoze, odnosno za liječenje novonastale bolesti.
- (2) Specijalistička obrada obuhvaća:
 - 1.) specijalistički pregled,
 - 2.) pripadajuće jednostavne dijagnostičke pretrage (osnovni snimci, funkcionalne i laboratorijske pretrage i mjerenja) te
 - 3.) pripadajuće jednostavne ambulantne zahvate.
- (3) Pripadajuća jednostavna dijagnostička pretraga je posebice RTG, UZ, EKG, EMG, EEG, VEP, OCT, laboratorijska pretraga, spirometrija.
- (4) Pripadajući jednostavni ambulantni zahvat je posebice parenteralna aplikacija lijeka, aplikacije blokade, punkcija, njega rane, odstranjivanje stranog tijela, odstranjivanje manje kožne izrasline, biopsija, sklerozacija vena.
- (5) Specijalistička obrada se izvodi na područjima angilogije, dermatovenerologije, fizijatrije, pulmologije, gastroenterologije, ginekologije, kardiologije, neurologije, oftalmologije, ortopedije, otorinolaringologije, proktologije, tireologije i urologije.

Članak 8. Zahtjevni dijagnostički postupak

- (1) Zahtjevni dijagnostički postupak obuhvaća zahtjevne dijagnostičke pretrage, koje su nastavak specijalističke obrade i koje su potrebne za postavljanje dijagnoze novonastale bolesti.

- (2) Zahtjevni dijagnostički postupak je računalna tomografija (CT, CTA), magnetna rezonanca (MR, MRA), pozitronska emisijska tomografija (PET), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija unutarnjih organa i prostate, endoskopski UZ, artrografija, gastroskopija, kolonoskopija, mijelografija i patohistološka pretraga.
- (3) Zahtjevni dijagnostički postupak izvodi se na područjima specijalističke pretrage te nuklearne medicine i radiologije.

Članak 9. Zahvat

- (1) Zahvat obuhvaća dijagnostičke i terapijske zahvate u sklopu dnevnog liječenja koji su nastavak specijalističke obrade ili zahtjevnog dijagnostičkog postupka i koji su potrebni za postavljanje dijagnoze, odnosno za liječenje novonastale bolesti, stanja ili ozljede.
- (2) Zahvat je zahvat na oku (siva mrena, pterigij, pinguekula, xantalazma, entropij), zahvat na suznim žlijezdama i suzvodima, dijagnostička i terapijska artroskopija laktak, koljena ili gležnja, operativno liječenje proširenih vena, koronarografija, angiografija, PTA, operacija karpalnog kanala, rektoskopski zahvat, polipektomija, UZ razbijanje bubrežnih kamenaca, endoskopsko podvezivanje venskih perforatora, ERCP, hidrokela, spermatokela ili varikokela, operacija hemoroida, incizija analne fisure, endoskopska operacija u stražnjem dijelu debelog crijeva, operacija kile, endoskopska operacija nosa i nosnih šupljina, klasična ili endoskopska mukotomija, endoskopska ablacija polipa, operacija halux valgusa, veća ekscizija izraslina na koži, ožiljaka i mekih dijelova te elektrokoagulacija promjena kože.
- (3) Zahvat se izvodi na područjima specijalističke obrade i radiologije te kirurgije.

Članak 10. Ambulantna rehabilitacija

- (1) Ambulantna rehabilitacija obuhvaća usluge ambulantne fizioterapije, radne terapije, odnosno govorne terapije koje su nastavak specijalističke obrade ili zahtjevnog dijagnostičkog postupka ili zahvata te su potrebne za liječenje novonastale bolesti, a propisao ih je liječnik specijalist.
- (2) Ambulantna rehabilitacija izvodi se na području ambulantne rehabilitacije.

Članak 11. Lijekovi

- (1) Osiguranje pokriva troškove lijekova koji su prilikom izvođenja liječenja sukladno dijagnozi, medicinskoj doktrini i zdravstvenim smjernicama (uputama) potrebni za liječenje novonastale bolesti i propisani nalazom a propisani su na bijeli recept prema uputama koje su važeće u obveznom zdravstvenom osiguranju i izdani su u ljekarni.
- (2) Za lijek nije određen poseban režim propisivanja s izuzetkom lijekova koje može propisivati liječnik specijalist.

Članak 12. Opseg osiguranja

- (1) Osiguranje ima godišnji osigurani iznos koji je određen policom osiguranja.
- (2) U osigurateljskoj godini se zbog istog razloga liječenja pokrивaju troškovi:
 - 1.) zdravstvenih usluga u opsegu tri (3) specijalističke obrade, dva (2) zahtjevna dijagnostička postupka i dva (2) zahvata;
 - 2.) prvog izdavanja lijeka u količini koja je potrebna za liječenje novonastale bolesti, ali najviše za trideset (30) dana.
- (3) Osiguranje djetetu pokriva troškove zdravstvenih usluga i lijekova u opsegu koji je određen u ugovoru o osiguranju.

UVJETI I NAČIN OSTVARIVANJA PRAVA IZ OSIGURANJA

Članak 13. Korištenje Zdravstvene točke®

Osiguranik ostvaruje prava iz osiguranja preko Zdravstvene točke®.

Članak 14. Najava liječenja

- (1) Osiguranik liječenje kod izvođača zdravstvenih usluga unaprijed najavljuje Osiguratelju preko Zdravstvene KLIC® ili Zdravstvene KLIK® i s Osigurateljem usklađuje izvođenje liječenja.

Članak 15. Temelj za ostvarivanje prava iz osiguranja

- (1) Osiguranik ostvaruje prava iz osiguranja na temelju osnovane i utvrđene medicinske indikacije i preporuke koja proizlazi:
 - 1.) za specijalističku obradu iz uputnice osobnog liječnika ili naloga / nalaza liječnika specijalista izvođača zdravstvenih usluga;
 - 2.) za zahtjevni dijagnostički postupak iz naloga ili nalaza liječnika specijalista izvođača zdravstvenih usluga;
 - 3.) za zahvat iz naloga ili nalaza liječnika specijalista izvođača zdravstvenih usluga;
 - 4.) za ambulantnu rehabilitaciju iz naloga ili nalaza liječnika specijalista izvođača zdravstvenih usluga;
 - 5.) za lijek propisan bijelim receptom liječnika specijalista izvođača zdravstvenih usluga.

Članak 16. Način ostvarivanja prava iz osiguranja

- (1) Osiguranik ostvaruje prava iz osiguranja odnosno ostvaruje zdravstvene usluge kod ugovornog ili neugovornog izvođača zdravstvenih usluga, a lijek podiže u ljekarni.
- (2) U slučaju potrebe za medicinskom uslugom, osiguranik je u obvezi da prije korištenja medicinske usluge kontaktira Zdravstvenu točku. Osiguranik može ostvariti pravo na liječenje:
 - 1.) suglasnošću Osiguratelja na temelju narudžbenice – interne uputnice Osiguratelja, pri čemu učešće za pružene zdravstvene usluge, ako je isto ugovoreno u ugovoru o osiguranju, izvođaču zdravstvenih usluga plaća sam neposredno, ili
 - 2.) sa ili bez suglasnosti Osiguratelja, pri čemu troškove pruženih zdravstvenih usluga izvođaču zdravstvenih usluga plaća sam neposredno, a Osiguratelj mu, na temelju zahtjeva za povrat troškova, nadoknađuje troškove u dogovorenom opsegu po važećem cjeniku Osiguratelja.
- (3) Osiguranik troškove lijekova u ljekarni plaća sam neposredno, a Osiguratelj mu, na temelju zahtjeva za povrat troškova, nadoknađuje troškove u dogovorenom opsegu.
- (4) Smatra se da je osiguranik izvršio svoju obvezu iz stavka 2. prve alineje ovog članka, ukoliko je prije korištenja medicinskih usluga kontaktira Zdravstvenu točku i medicinski obrazovanoj osobi odgovorio na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije Ugovora o osiguranju.
- (5) Ukoliko osiguranik iz opravdanih razloga nije u mogućnosti izvršiti obvezu iz stavka 2. prve alineje ovog članka, to će napraviti ovlaštena osoba pružaoca zdravstvene usluge.

Članak 17. Suglasnost Osiguratelja za izvođenje liječenja

- (1) Osiguranik odabire izvođača zdravstvenih usluga u dogovoru s Osigurateljem a za izvođenje liječenja prethodno ishodi suglasnost Osiguratelja. Osiguranik može ostvariti pravo na liječenje:
 - 1.) temeljem narudžbenice – interne uputnice Osiguratelja
 - 2.) prethodnim osiguravanjem povrata troškova liječenja na temelju zahtjeva za povrat troškova, pri čemu Osiguratelju prije izvođenja liječenja posreduje izvornik uputnice ili preslike nalaza liječnika specijalista izvođača zdravstvenih usluga.
- (2) Osiguratelj o suglasnosti za izvođenje liječenja obavješćuje osiguranika.

Članak 18. Organizacija termina liječenja

- (1) Osiguratelj po pozivu za osiguranika ugovara vrstu, obim, datum i točno vrijeme pregleda ili drugih medicinskih usluga u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova. Osiguranik s Osigurateljem dogovara termin liječenja kod ugovornog izvođača zdravstvenih usluga najkasnije u roku od deset (10) dana po primitku obavijesti o suglasnosti za izvođenje liječenja.

- (2) Osiguranik može dogovoreni termin liječenja kod ugovornog izvođača zdravstvenih usluga otkazati ili predložiti njegovu promjenu samo zbog izvanrednih okolnosti koje nije mogao očekivati, spriječiti ili ih izbjeći, o čemu osiguranik Osiguratelja bez odlaganja obavješćuje i predočava dokaze.
- (3) U slučaju otkazivanja dogovorenog termina liječenja kod ugovornog izvođača zdravstvenih usluga od strane Osiguratelja, Osiguratelj osiguraniku omogućava drugi termin najkasnije osam (8) dana nakon dogovorenog termina odnosno u najkraćem mogućem roku ovisno o mogućnostima izvođača zdravstvenih usluga, a ne dužem od 30 dana.
- (4) Pregled ili druga medicinska usluga se može obaviti u zdravstvenoj ustanovi koja ne pripada Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova Osiguratelja samo kada je to odobreno od strane Osiguratelja. Termin liječenja kod neugovornog izvođača zdravstvenih usluga organizira osiguranik sam, ako nije s Osigurateljem dogovoreno drugačije.

Članak 19. Obveze osiguranika prilikom izvođenja liječenja

- (1) Osiguranik je dužan poštivati upute za izvođenje liječenja koje mu je prethodno posredovao Osiguratelj, odnosno izvođač zdravstvenih usluga, i prilikom izvođenja liječenja predočiti medicinsku dokumentaciju sukladno istim uputama.

Članak 20. Plaćanje troškova zdravstvenih usluga temeljem narudžbenice – interne uputnice Osiguratelja

- (1) Osiguratelj plaća izvođaču zdravstvenih usluga trošak pruženih zdravstvenih usluga, umanjen za učešće osiguranika, koji sukladno ugovoru o osiguranju nastaje ostvarivanjem prava iz osiguranja na temelju naloga – interne uputnice Osiguratelja.

Članak 21. Zahtjev za povrat troškova zdravstvenih usluga i lijekova

- (1) Zahtjev za povrat troškova pruženih zdravstvenih usluga kod izvođača zdravstvenih usluga, odnosno izdavanje lijekova u ljekarni, osiguranik podnosi u roku trideset (30) dana od datuma pruženih zdravstvenih usluga ili izdavanja lijekova.
- (2) Nakon nastupa osiguranog slučaja ugovaratelj osiguranja i osiguranik dužni su dostaviti Osiguratelju sve dokaze i informacije o okolnostima iz kojih se može utvrditi da li je nastao osigurani slučaj i koji je obim obveze Osiguratelja. Zahtjevu za povrat troškova moraju biti priloženi:
 - 1.) presliku uputnice osobnog liječnika ili nalaza liječnika specijalista izvođača zdravstvenih usluga, presliku nalaza liječenja i izvornik računa izvođača sa specifikacijom pruženih zdravstvenih usluga na ime Osiguranika, odnosno
 - 2.) presliku bijelog recepta, presliku nalaza liječenja i izvornik računa ljekarne na ime Osiguranika.
- (3) Medicinska dokumentacija koja se prilaže uz račun služi kao dokaz da je osiguranik koristio neko od prava u skladu sa zaključenim Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (4) Osiguratelj je ovlašten od osiguranika zatražiti i dobiti na uvid svu original medicinsku dokumentaciju potrebnu za utvrđivanje nastupa osiguranog slučaja. Troškove za isplatu naknade iz osiguranja i troškove eventualnog prijevoda medicinske dokumentacije snosi Ugovaratelj osiguranja.
- (5) U slučaju ostvarivanja prava na povrat troškova, Osiguratelj u roku od četrnaest (14) dana od dana podnošenja zahtjeva, osiguraniku na račun koji navodi na zahtjevu za povrat troškova, izvršava povrat troškova. Izuzetno, ako se ne može utvrditi obveza ili visina isplate, navedeni rok počinje teći od dana utvrđivanja obveze i visine isplate.
 - 1.) trošak pruženih zdravstvenih usluga kod izvođača zdravstvenih usluga, ali najviše u opsegu i visini cijene po cjeniku Osiguratelja, umanjen za učešće osiguranika, ako je isto dogovoreno u ugovoru o osiguranju, odnosno

- 2.) trošak izdavanja lijeka u ljekarni, umanjen za učešće osiguranika, ako je isto dogovoreno u ugovoru o osiguranju.
- (6) Pravo na naknadu iz osiguranja ostvaruje osiguranik.
- (7) Pravo na naknadu iz osiguranja ne može se založiti niti vinkulirati bez suglasnosti Osiguratelja.

Članak 22. Dokumentacija za ostvarivanje prava iz osiguranja

- (1) Osiguranik na svoj trošak dobiva i podnosi Osiguratelju sve informacije i dokumentaciju sukladno ovim Uvjetima te drugu dokumentaciju na zahtjev Osiguratelja za utvrđivanje obveze iz ugovora o osiguranju.

Članak 23. Odlučivanje o pravu na isplatu naknade iz osiguranja

- (1) Osiguratelj u roku od petnaest (15) dana po primitku cjelokupne dokumentacije odlučuje o pravu na isplatu naknade iz osiguranja i o tome obavještava osiguranika.

OGRANIČENJA I IZUZECI OSIGURANJA

Članak 24. Karenca

- (1) Pod karencom se podrazumijeva period u kojem Osiguratelj nije u obvezi ni na kakvu isplatu naknade iz osiguranja odnosno pružanje zdravstvene usluge. Karenca se računa od datuma početka osiguranja.
- (2) Za osiguranje vrijedi karenca od tri (3) mjeseca u slučaju dijagnosticiranja, odnosno liječenja bolesti, stanja ili ozljede.
- (3) Ako se novorođeno dijete osigura u roku od četrnaest (14) dana nakon rođenja, karenca ne vrijedi.
- (4) Karenca se ne primjenjuje ako se osiguranje obnovi u roku 15 dana, po isteku prethodnog osiguranja. Ako se osiguranje zaključi u roku od 14 dana po isteku kolektivnog osiguranja, karenca ne vrijedi.

Članak 25. Učešće osiguranika

- (1) Kod ostvarivanja prava iz osiguranja, određeno je učešće osiguranika, ako je tako dogovoreno u ugovoru o osiguranju.

Članak 26. Ograničenja obveze Osiguravatelja

- (1) Kada se novonastala bolest medicinski odredi kao kronična bolest, Osiguratelj u svezi s tom bolešću, stanjem, odnosno ozljedom nema više obveza iz ugovora o osiguranju.
- (2) Osiguranje pokriva troškove zdravstvenih usluga i lijekova koji nastanu u osigurateljnoj godini najviše do visine godišnjeg osiguranog iznosa.
- (3) Prijenos neiskorištenog godišnjeg osiguranog iznosa iz prethodne osigurateljne godine nije moguće.
- (4) U opravdanim slučajevima Osiguratelj može iz osigurateljnog pokrića isključiti liječenje kod određenih Izvođača zdravstvenih usluga ili pripadnika drugih medicinskih zanimanja, odnosno liječenje u određenim zdravstvenim ustanovama (ili odjelima zdravstvenih ustanova). To vrijedi za usluge koje se provode nakon što Osiguratelj dostavi pismenu obavijest osiguraniku o isključenju. Za sve osigurane slučajeve nastale prije dostavljanja pismene obavijesti o isključenju postoji osigurateljno pokriće do isteka trećeg (3) mjeseca od dana dostavljanja obavijesti.
- (5) Ako je osiguranik u godini osiguranja već iskoristio godišnji osiguranik iznos, Osiguratelj do početka sljedeće godine osiguranja nema obvezu osigurateljnog jamstva.
- (6) Osiguratelj ne preuzima odgovornost za kvalitetu obavljene usluge.

Članak 27. Isključenje obveze Osiguravatelja

- (1) Ako osiguranik ostvaruje pravo na liječenje bez prethodne najave Osiguratelju, Osiguratelj nema obvezu iz osiguranja.
- (2) Osiguratelj nema obveza:
- 1.) u svezi s prethodnim stanjima, osim ako su, prilikom zaključivanja osiguranja, Osiguratelju bile prijavljene i ako ih je Osiguratelj prihvatio;
 - 2.) u svezi s bolešću, stanjem, odnosno ozljedom koje su u ugovoru o osiguranju određene kao isključenja obveze Osiguravatelja;
 - 3.) zbog razloga liječenja koji nisu medicinski indicirani ili su posljedica liječničke pogreške ili je njihova svrha poboljšanje psihofizičkog stanja

- (3) Osiguratelj nema obvezu u slučaju troškova povezanih s:
- 1.) transplantacijama, ozljedama i komplikacijama nakon operativnih zahvata te odstranjivanjem unutarnjeg osteosintetskog sustava;
 - 2.) urođenim manama i profesionalnim bolestima;
 - 3.) sindromom stečene imunodeficijencije, infekcija s HIV-om, spolno prenosivim bolestima, epilepsijom i paralizom;
 - 4.) duševnim bolestima, općim psihičkim poteškoćama, poremećajima u prehrani (smetnje hranjenja) te posljedicama akutne stresne reakcije;
 - 5.) trudnoćom, neplodnošću, (raz)sterilizacijom, umjetnom oplodnjom, kao što je in-vitro-fertilizacija ili inseminacija, umjetnim prekidom trudnoće, spontanom pobačajem i porodom;
 - 6.) refrakcijskim anomalijama oka, ako su posljedica ozljede;
 - 7.) prekomjernim uživanjem alkohola, odnosno drugih psihoaktivnih tvari;
 - 8.) promjenom spola;
 - 9.) kurjim očima, žuljevima, odebljanim, odnosno uraslim noktima;
 - 10.) estetske, kozmetičke tretmane i operacije;
 - 11.) liječenja koja su počela prije početka osiguranja;
 - 12.) kućna njega, te mjerenje gerijatrije, stacionarne rehabilitacije u toplicama i terapijske pedagogije.
- (4) Osiguratelj nema obveza u slučaju dijagnosticiranja, odnosno liječenja djeteta zbog:
- 1.) stanja koja proizlaze iz perinatalnog razdoblja (neposredno prije poroda do 7 dana nakon njega);
 - 2.) gripe i akutnih infekcija gornjeg dišnog sustava;
 - 3.) crijevnih infekcijskih bolesti i zoonoza;
 - 4.) poteškoća u razvoju djeteta (disleksija, poteškoće u učenju, nizak rast i poremećaji pažnje s hiperaktivnošću);
 - 5.) cirkumcizije (obrezivanje dječaka) koja nije iz medicinskih razloga preporučena (npr. infekcija – balanitis).
- (5) Osiguranje ne pokriva troškove:
- 1.) zdravstvenih usluga obavljenih kod izvođača koji su članovi uže obitelji osiguranika, odnosno žive u istom domaćinstvu s osiguranikom;
 - 2.) drugog liječničkog mišljenja;
 - 3.) usluge alternativnog, komplementarnog ili eksperimentalnog liječenja;
 - 4.) medicinskih pomagala ili implantata, osim ako su sastavni dio zahvata;
 - 5.) prijevoza, spašavanja, hitne medicinske pomoći, preventive i zdravstvene njege;
 - 6.) dijalize;
 - 7.) cijepljenja;
 - 8.) genetskih pretraga;
 - 9.) pratitelja osiguranika, putnih troškova, troškova smještaja i prehrane te troškova komunikacijskih usluga.
- (6) Osiguranje ne pokriva troškove:
- 1.) ponovnog izdavanja lijeka s istom djelatnom tvari i jednakim učinkom zbog istog razloga liječenja;
 - 2.) lijekova, kupljenih bez pisane liječničke potvrde;
 - 3.) lijekova, propisanih na recept u preventivne svrhe;
 - 4.) lijekova za liječenje erektilne disfunkcije, lijekova za otklanjanje prekomjerne težine, lijekova za otklanjanje androgene alopecije te kontraceptiva, osim kod hormonskog liječenja;
 - 5.) lijekova koji su propisani zbog dijetetičkih, dezinfekcijskih, njegujućih i kozmetičkih učinaka;
 - 6.) bioloških lijekova;
 - 7.) za lijekove i mineralnu vodu, medicinska vina, hranjive tvari i sredstva za jačanje, gerijatrijska sredstva, okrepljujuća sredstva, sredstva namijenjena osobnoj higijeni, kozmetička sredstva i sva neregistrirane lijekove.
- (7) Isključene su obveze Osiguratelja kada do bolesti, stanja, odnosno ozljede dođe zbog ili povezano s:
- 1.) ratnim ili ratu sličnim događajima, sabotražom, terorističkim

sabotažom, terorističkim aktivnostima, izgredom, ustankom, revolucijom, itd., bez obzira na to je li osiguranik u njima sudjelovao, osim ako je osiguranik učestvovao u istima po svom redovnom zanimanju. Također nisu obuhvaćene nezgode koje nastanu ako je osiguranik samoinicijativno učestvovao u zaštiti imovine i osoba;

2.) epidemijom, pandemijom, onečišćenjem okoliša, radioaktivnim zračenjem, direktnim ili indirektnim djelovanjem nuklearne energije te prirodnim katastrofama;

3.) pripremom, pokušajem ili počinjenjem kaznenog djela, kao i zbog bijega nakon takvog djela;

4.) fizičkim obračunavanjem, osim u slučaju službeno dokazane samoobrane, što osiguranik dokazuje sam;

5.) samoozljeđivanjem ili pokušajem samoubojstva;

6.) upravljanjem vozilima, zračnim letjelicama, plovnim objektima i mehanizacijom bez zakonom propisanih dozvola;

7.) detonacijom eksploziva, mina, torpeda, bombi ili pirotehničkih sredstava;

8.) tjelesnih ozljeda u vrijeme liječenja, odnosno zahvata, koje je osiguranik sam poduzeo ili ih je dao poduzeti osim ako je osigurani slučaj bio povod;

9.) neumjerenog konzumiranja alkohola i opojnih droga ili se liječenje zbog neumjerenog konzumiranja alkohola ili opojnih droga oteža te za mjere i kure odvikavanja; U smislu ovih uvjeta smatra se da je nezgoda nastala uslijed:

a) djelovanja alkohola

- ako se neposredno poslije nezgode metodom mjerenja količine alkohola u krvi, kod vozača utvrdi prisustvo količine alkohola u krvi iznad 0,30 g/kg, a kod ostalih više od 0,50 g/kg;

- ako se kod profesionalnih vozača određenih kategorija, vozača javnog prijevoza, vozača instruktora, kandidata za vozača i vozača koji ima manje od dvadeset i jednu (21) godinu starosti ili manje od tri (3) godine vozačkog iskustva utvrdi prisustvo količine alkohola u krvi iznad 0,00 g/kg;

- ako je alkoholni test pozitivan, a ne pobrine se da se analizom točno utvrdi stupanj osiguranikove alkoholiziranosti, osim u slučajevima kada bi uzimanje krvi bilo štetno po zdravlje osiguranika:

Ako poslije nezgode osiguranik izbjegne ili odbije podvrgnuti se ispitivanju stupnja njegove alkoholiziranosti;

b) djelovanje opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova:

- ako se stručnim pregledom utvrdi da osiguranik pokazuje znakove poremećenosti uslijed uporabe opojnih droga ili drugih opojnih sredstava;

- ako poslije nezgode osiguranik izbjegne ili odbije da se podvrgne ispitivanju prisustva opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova u krvi ili organizmu.

(8) Obveza isplate naknade iz osiguranja je isključena u slučaju:

1.) neodgovornog ponašanja, odnosno propusta pravilnog ponašanja osiguranika u slučaju da se osiguranik ne drži uputa liječnika koji ga liječi;

2.) davanja neistinitih podataka, prešućivanja, prijevare, krivotvorenja ili zlouporabe od strane ugovaratelja osiguranja, odnosno osiguranika.

(9) Osiguranje također ne pokriva troškove:

1.) medicinskih pretraga i medicinske dokumentacije, uključujući prijewe te preslike iste dokumentacije koje je osiguranik dužan podnijeti kao dokaze o nastanku i postojanju osiguranog slučaja, te

2.) troškove pravnog, odnosno drugog zastupanja osiguranika u postupku rješavanja osiguranog slučaja.

(10) U svakom slučaju Osiguratelj nije u obvezi ni na kakva davanja, ako je ugovaratelj osiguranja ili osiguranik izazvao osigurani slučaj namjerno ili prijevarom.

Članak 28. Teritorijalna valjanost osiguranja

(1) Osigurateljno pokrće važeće je u Republici Hrvatskoj i državama Europske unije.

(2) Ako propisani lijek nije u prometu u Republici Hrvatskoj, Osiguratelj vraća troškove istog lijeka izdanog u inozemstvu.

ZAKLJUČIVANJE, TRAJANJE I PRESTANAK OSIGURANJA

Članak 29. Zaključivanje ugovora o osiguranju i osiguranja

(1) Ugovor za dobrovoljno zdravstveno osiguranje specijalističko-ambulantnog liječenja može se zaključiti kao:

- individualno osiguranje

- obiteljsko osiguranje

- grupno osiguranje

- kolektivno osiguranje.

(2) Policom obiteljskog osiguranja mogu se osigurati članovi jedne obitelji. Članovima obitelji smatraju se supružnik ugovaratelja osiguranja i djeca do navršениh 18 godina odnosno do kraja obveznog školovanja ili redovnog pohađanja fakulteta ali ne dulje od 26. godina starosti.

(3) Grupnim osiguranjem mogu se osigurati zaposlenici u tvrtkama, organizacijama, zajednicama i ustanovama, ako se u njima osigura najmanje 10 osoba.

(4) Policom kolektivnog osiguranja mogu se osigurati radnici u tvrtci, privatnim subjektima te kod dugih pravnih i fizičkih osoba – poslodavca. Jednom policom može biti osigurano najmanje 30 osoba osiguranih istim programom osiguranja osim ako nije drugačije ugovoreno Ugovorom o osiguranju. U ovo osiguranje mogu se uključiti i članovi obitelji.

(5) Ugovor o osiguranju se zaključuje na temelju pisane ponude i zaključen je kada ga potpišu obje ugovorne strane. Potpis ponuditelja na ponudi smatra se potpisom osiguratelja na polici osiguranja.

(6) Ponuditelj potpisivanjem ponude izjavljuje da je prije zaključivanja ugovora bio upoznat s uvjetima osiguranja (posebice uvjetima zaključivanja i provođenja osiguranja), klauzulama, kao i da su ugovorne odredbe u skladu sa dogovorom ugovornih strana.

(7) Osiguranik prilikom zaključivanja ugovora o osiguranju ispunjava i potpisuje Upitnik o zdravstvenom stanju, koji je sastavni dio ponude. Na temelju Upitnika o zdravstvenom stanju, Osiguratelj može u ugovoru o osiguranju odrediti osiguraniku doplatu premije osiguranja, odnosno isključenje svojih obveza, koje su povezane s zdravstvenim stanjem osiguranika kod sklapanja osiguranja te odredbi ponude. Ako se novorođeno dijete osigura u roku od četrnaest (14) dana nakon rođenja, ispunjavanje upitnika o zdravstvenom stanju nije potrebno. Ako se osiguranik kolektivnog osiguranja osigura u roku od 14 dana po isteku kolektivnog osiguranja, ispunjavanje Upitnika o zdravstvenom stanju nije potrebo.

(8) Ako je za zaključivanje osiguranja potreban liječnički pregled, osiguranik ga, na zahtjev Osiguratelja, radi u roku od četrnaest (14) dana. Trošak liječničkog pregleda snosi Osiguratelj ukoliko Ugovaratelj osiguranja i/ili osiguranik sklopi ovo osiguranje. Refundacija troška liječničkog pregleda izvršava se od strane Osiguratelja po uplati prve premije osiguranja. Ako je za zaključivanje osiguranja potrebna dodatna zdravstvena dokumentacija, osiguranik je Osiguratelju posreduje na njegov zahtjev u roku od četrnaest (14) dana od dana prijema zahtjeva.

(9) Potpisana ponuda za zaključivanje ugovora o osiguranju koji je bio podnesen Osiguratelju obvezuje ponuditelja u roku od osam (8) dana od dana kada je pristigla Osiguratelju, a ako je potreban liječnički pregled, trideset (30) dana. Ako Osiguratelj u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uvjeta po kojima zaključuje osiguranje, smatra se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju zaključen isti dan kada je pristigla Osiguratelju.

(10) Ako je Osiguratelj spreman ponudu prihvatiti samo pod posebnim ili izmijenjenim uvjetima, ugovor o osiguranju zaključen je tek s onim danom kada ugovaratelj osiguranja na te uvjete pristane s potpisom. Smatra se da je ponuditelj odustao od ponude, ako na posebne ili izmijenjene uvjete Osiguratelj nije pristao potpisom u roku od osam (8) dana od dana primitka obavijesti Osiguratelja.

potpisom. Smatra se da je ponuditelj odustao od ponude, ako na posebne ili izmijenjene uvjete Osiguratelj nije pristao potpisom u roku od osam (8) dana od dana primitka obavijesti Osiguratelja.

- (11) Osiguratelj može ponudu za sklapanje Ugovora o osiguranju odbiti bez obrazloženja.
- (12) Ako osiguranje ne bude sklopljeno, ponuda i priložena dokumentacija ne vraća se.
- (13) Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovora važeći su samo ako su sklopljeni u pisanom obliku.
- (14) Ako ugovaratelj osiguranja i osiguranik nisu iste osobe, ponuda mora sadržavati pisanu suglasnost za zaključivanje osiguranja odnosno za pravovaljanost ugovora ponudu obvezno potpisuje i osiguranik. Za zaključenje Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranja za dijete potrebna je pismena suglasnost njegovog roditelja ili zakonskog zastupnika.

Članak 30. Trajanje osiguranja

- (1) Osiguranje počinje u 00.00 sati onog dana čiji je datum na polici osiguranja zapisan kao datum početka osiguranja, i ističe u 24.00 sati onog dana čiji je datum na polici osiguranja zapisan kao datum isteka osiguranja.
- (2) Osiguranje se zaključuje za razdoblje od najmanje jedne (1) godine. Trajanje ugovora o osiguranju navedeno je na polici. Ugovor o osiguranju ne može se sklopiti na period kraći od jedne godine.
- (3) Osiguranje traje najviše do kraja osigurateljne godine u kojoj osiguranik navršava šezdeset i pet (65) godina ukoliko ugovorom o osiguranju nije drugačije dogovoreno.
- (4) Obveze osiguratelja za novoprimitljene članove obiteljskog ili grupnog osiguranja počinju u 24.00 sata onog dana kad je osiguratelj primio obavijest o pristupanju novog člana osiguranja, ali ne prije 24 sata dana kada je plaćena premija ili prva rata premije za novog člana.
- (5) Obveza osiguratelja za svakog pojedinačnog člana obiteljskog ili grupnog osiguranja prestaje u 24.00 sata dana kad je ugovor prestao prije ugovorenog isteka po nekoj drugoj osnovi (npr. odlazak u mirovinu, raskid ugovora o radu, smrt osiguranika, gubitak poslovne sposobnosti, duševna bolest i drugi razlozi navedeni u ovom članku. Ugovaratelj osiguranja je u obvezi dostaviti pisanu obavijest s navedenim razlogom prestanka ugovora za svakog pojedinog osiguranika prije ugovoreno isteka.

Članak 31. Obnova osiguranja

- (1) Osiguranje se može obnoviti na jednako trajanje. Prilikom obnavljanja, Osiguratelj može ponovno ocijeniti zdravstveno stanje osiguranika te odrediti doplatu premije osiguranja, odnosno isključenja obveze Osiguratelja povezane sa zdravstvenim stanjem osiguranika prilikom obnove. Osiguratelj o obnovi osiguranja i izmjenama osiguranja prilikom obnove ugovaratelja osiguranja na prigodan način obavještava barem jedan (1) mjesec prije isteka osiguranja. Ako se ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik s obnovom osiguranja ne slaže, ima pravo, prije početka obnovljenog osiguranja, pisanom izjavom obnovu ne prihvatiti.
- (2) Osiguranje se ne obnavlja ako je Osiguratelj s izvođenjem osiguranja prestao, ako je ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik postupao protivno ugovoru o osiguranju ili ako su nastale okolnosti zbog kojih Osiguratelj ugovor o osiguranju ne bi zaključila. Osiguratelj o tome obavještava ugovaratelja osiguranja u roku od osam (8) dana prije isteka osiguranja.

Članak 32. Prestanak ugovora o osiguranju i osiguranja

- (1) Ugovor o osiguranju prestaje istekom razdoblja na koje je osiguranje zaključeno.
- (2) Osiguratelj tijekom trajanja osiguranja ugovor o osiguranju ne može jednostrano raskinuti. Raskidanje je moguće samo sporazumno i ako za to postoje utemeljeni razlozi.
- (3) U slučaju zaključivanja ugovora na daljinu, ugovaratelj osiguranja, sukladno zakonu koji uređuje zaštitu potrošača, ima pravo u roku od petnaest (15) dana od dana zaključivanja osiguranja, bez obrazloženja

petnaest (15) dana od dana zaključivanja osiguranja, bez obrazloženja odustati od ugovora o osiguranju.

- (4) Ako je osiguranje zaključeno na razdoblje dulje od pet (5) godina, svaka ugovorna strana po isteku toga vremena smije s otkaznim rokom od šest (6) mjeseci odustati od ugovora o osiguranju.
- (5) Ugovor o osiguranju, bez obzira na odredbu prvog (1) stavak članka 30. Općih uvjeta, prestaje u 00:00 sati onog dana kada:
 - 1.) istekne osigurateljna godina u kojoj osiguranik navršava šezdeset i pet (65) godina;
 - 2.) je osiguranje raskinuto ili ukinuto.
- (6) Ugovor o osiguranju prijevremeno prestaje smrću osiguranika ili za svakog pojedinog osiguranika u 24.00 sata bez obzira na koji rok je ugovoreno osiguranje onog dana kada:
 - 1.) osiguranik dobije status osobe koja ne može biti osigurana prema članku. 4. Općih uvjeta
 - 2.) protekom roka iz članka 36. Stavka 1. Ovih Općih uvjeta, a premija do tog roka nije plaćena.

OSIGURATELJNO JAMSTVO

Članak 33. Osigurateljno jamstvo

- (1) Osigurateljno jamstvo počinje s datumom početka osiguranja ako:
 - 1.) je za osiguranje u cijelosti plaćena dospjela premija osiguranja sukladno odredbama ugovora o osiguranju, i
 - 2.) osiguranje nije u karenci.
- (2) Ako dospjela premija osiguranja tijekom trajanja osiguranja nije u cijelosti plaćena, osigurateljno jamstvo se prekida s danom koji slijedi danu dospjeća premije osiguranja. Osigurateljno jamstvo se, u tom slučaju, ponovno uspostavlja sljedeći dan nakon dana plaćanja cjelokupne dospjele premije osiguranja.
- (3) Ako se novorođeno dijete osigura u roku od četrnaest (14) dana nakon rođenja, osigurateljno jamstvo stupa na snagu jedan (1) mjesec nakon rođenja.
- (4) Ako je osiguranik u osigurateljnoj godini već iskoristio godišnji osigurani iznos, osiguranje do početka sljedeće osigurateljne godine nema osigurateljnog jamstva.
- (5) Ako se osiguranje obnovi u roku od jednog (1) mjeseca nakon isteka prethodnog osiguranja, osiguranje nema karence.
- (6) Ako je suglasnost za izvođenje liječenja izdana u vremenu trajanja osiguranja, a liječenje se obavi nakon isteka osiguranja, Osiguratelj ima obvezu iz ugovora o osiguranju samo ako je osiguranje obnovljeno bez prekida, odnosno još petnaest (15) dana po isteku osiguranja.
- (7) Osigurateljno jamstvo prestaje prekidom osiguranja.

Članak 34. Mirovanje osiguranja

- (1) Mirovanje osiguranja nije moguće ugovoriti.

PREMIJA OSIGURANJA

Članak 35. Premija osiguranja

- (1) Premija osiguranja je godišnja. Plaća se unaprijed u cijelosti, osim ako je Ugovorom o osiguranju ugovoreno obročno plaćanje premije.
- (2) Premija osiguranja je evidentna iz važećeg premijskog cjenika osiguranja i navedena je u ugovoru o osiguranju - polici.
- (3) Premija osiguranja je određena po starosnim razredima. Na temelju upitnika o zdravstvenom stanju, Osiguratelj može u ugovoru o osiguranju odrediti osiguraniku doplatu premije osiguranja, odnosno isključivanje svojih obveza, povezano sa zdravstvenim stanjem osiguranika. U slučaju prelaska u viši starosni razred, za vrijeme trajanja osiguranja se visina premije osiguranja za sljedeću osigurateljnu godinu usklađuje s važećim premijskim cjenikom osiguranja te se ista primjenjuje prilikom obnove (produženja) osiguranja.
- (4) Ako je osiguranje zaključeno na razdoblje od više godina, Osiguratelj pridržava pravo izmijeniti premiju osiguranja svaku novu osigurateljnu godinu.

- (5) Sukladno zakonskim odredbama, na premiju osiguranja se ne obračunavaju porezi.
- (6) U slučaju zaostataka u plaćanju premije osiguranja, obveze se podmiruju redom po dospelosti.
- (7) Osiguratelj ima pravo korekcije premije obzirom na rizik koji osiguranik za njega predstavlja (starost, zdravstveno stanje osiguranika)
- (8) Osiguranik je prije sklapanja ugovora o osiguranju, kao i za vrijeme njegovog trajanja, dužan dostaviti osiguratelju na njegov zahtjev svu originalnu medicinsku dokumentaciju kako bi isti mogao pravovremeno i istinito utvrditi zdravstveno stanje osiguranik te u skladu s time po potrebi korigirati visinu premije osiguranja.

Članak 36. Posljedice neplaćanja premije osiguranja

- (1) Ako premija osiguranja nije plaćena do dana dospjeća, Osiguratelj može pozvati ugovaratelja osiguranja da plati premiju osiguranja. Obveza Osiguratelja za isplatu u Ugovoru određene naknade iz osiguranja prestaje u slučaju ako ugovaratelj osiguranja odnosno platitelj do dospjeće ne plati premiju osiguranja koja je dospjela poslije zaključenja Ugovora, niti to uradi neto drugi tko je za to zainteresiran, poslije 30 dana od dana kada je ugovaratelju osiguranja bilo uručeno preporučeno pismo Osiguratelja uz obavještanje o dospjeću premije, a kod čega taj rok ne može isteći prije, dok ne istekne 30 dana od dospjeća premije. Ako premija osiguranja nije plaćena u roku koji je postavljen u pozivu i koji nije kraći od trideset (30) dana, Osiguratelj smije raskinuti ugovor o osiguranju bez otkaznog roka, pri čemu Osiguratelju pripada dospjela premija osiguranja.
- (2) U svakom slučaju Ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu, ako premija osiguranja ne bude plaćena u roku od godine dana od dospjeća.
- (3) U slučaju kašnjenja u plaćanju premije osiguranja, Osiguratelj može zatražiti povrat troškova koji su mu kašnjenjem bili uzrokovani te za svaki dan prekoračenja roka zaračunati zakonsku zateznu kamatu u visini određenoj zakonskim propisima.
- (4) Premija se uplaćuje preko banke, pošte, FINA-e, administrativne zabrane na plaću ili blagajne podružnice, a u iznimnim slučajevima plaća se ovlaštenom predstavniku Osiguratelja. Ako se premija uplaćuje preko banke, pošte, administrativne zabrane na plaću ili FINA-e, smatra se da je premija Osiguratelju plaćena u 24:00 sati onoga dana kada je uplata provedena na žiro-računu Osiguratelja. Ugovaratelj osiguranja dužan je Osiguratelju plaćati premiju, a Osiguratelj je dužan prihvatiti premiju od svake osobe koja za to ima pravni interes. Premija se plaća u punom iznosu, bez umanjenja za troškove platnog prometa. Ugovaratelj osiguranja neplaćanjem premije osiguranja ne može jednostrano raskinuti osiguranje.
- (5) Za premiju koja se plaća u razdobljima kraćim od jedne godine, zaračunava se i naplaćuje doplatka za ispodgodišnje plaćanje.
- (6) U slučaju prestanka važenja Ugovora o osiguranju zbog neplaćanja dospjele premije, ugovaratelj osiguranja mora platiti premiju za neplaćeno vrijeme do dana prestanka važenja Ugovora o osiguranju ili cjelokupnu premiju za tekuću godinu osiguranja, ako je do dana prestanka osiguranja nastao osigurani slučaj za koji Osiguratelj mora isplatiti naknadu iz osiguranja ili za koji je pružio zdravstvenu uslugu.
- (7) Osiguratelj ima pravo pri isplati odbiti od naknade svu do tada dospjelu neplaćenu premiju i zakonsku zateznu kamatu.

OSOBNI PODACI

Članak 37. Obrada osobnih podataka

- (1) Ugovaratelj osiguranja, osiguranik i platitelja dozvoljavaju osiguratelju da u skladu s važećim zakonodavstvom koje se odnosi na osiguranje, zaštitu potrošača i zaštitu osobnih podataka obrađuje njegove osobne podatke iz ugovora o osiguranju i ponuda u tuzemstvu i inozemstvu. Osiguranik, ugovaratelj osiguranja i platitelj dozvoljava da osiguratelj za potrebe provođenja ugovora o osiguranju pribavlja i obrađuje i podatke o njegovom zdravstvenom stanju u tuzemstvu i inozemstvu, uključivo s tim da ovlašteni liječnik osiguratelja u svezi s obvezama osiguratelja obrađuje zdravstvenu dokumentaciju osiguranika, podatke dostavi osiguratelju te da se točnost i promjene osobnih podataka provjeravaju kod pravnih i fizičkih osoba koje raspolažu s tim podacima.

- (2) Ugovaratelj osiguranja dozvoljava osiguratelju da u skladu sa zakonom koji uređuje zaštitu osobnih podataka koristi osobne podatke iz 1. stavka ovog članka, osim osjetljivih osobnih podataka i u svrhu obrade i neposrednog marketinga za sebe i povezana društva u tuzemstvu i inozemstvu.
- (3) Ugovaratelj osiguranja dozvolu iz prethodnog stavka ovog članka može u bilo koje doba trajno ili privremeno opozvati pisanim zahtjevom poslanim na adresu Antuna Heinza 4, 10 000 Zagreb.
- (4) Osobne podatke iz 1. i 2. stavka ovog članka, osim osjetljivih osobnih podataka, mogu obrađivati i ovlaštene osobe za zastupanje i posredovanje te ugovorni izvršitelji obrade osobnih podataka.
- (5) Osiguratelj prikuplja i obrađuje osobne podatke navedene u ovom članku sukladno i u obujmu navedenoj u Izjavi klijenta koja je sastavni dio ugovora o osiguranju (Informacija za ugovaratelja osiguranja/osiguranika (klijenti) o zaštiti osobnih podataka)

Članak 38. Čuvanje osobnih podataka

- (1) Osiguratelj osobne podatke obrađuje i čuva sukladno zakonodavstvu koje uređuje obradu i čuvanje osobnih podataka.

OSTALA PRAVA I OBVEZE UGOVORNIH STRANA

Članak 39. Ostala prava i obveze ugovornih strana

- (1) Osiguratelj s ugovornim izvođačima ima uspostavljene poslovne odnose potrebne za izvođenje osiguranja.
- (2) Osiguratelj je dužna prihvatiti premiju od svake osobe koja za njeno plaćanje ima pravni interes.
- (3) Do trenutka sklapanja Ugovora o osiguranju ugovaratelj osiguranja i osiguranik dužni su prijaviti Osiguratelju sve dokonosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje su im poznate ili im nisu mogle ostati nepoznate. Ako ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik namjerno prijavi ili namjerno prešuti bilo kakvu okolnost takve prirode da Osiguratelj ne bi zaključila osiguranje, ako bi znala za stvarno stanje, Osiguratelj može zatražiti poništenje osiguranja bez otkaznog roka i povrat isplaćene naknade iz osiguranja, zajedno sa zakonskim zateznom kamatom te time nastalu štetu i troškove, pri čemu Osiguratelj može zadržati već plaćene premije osiguranja i ima pravo tražiti plaćanje premije osiguranja za osigurano razdoblje u kojem je tražila raskid ugovora. Ako je do dana podnošenja zahtjeva za poništenje Ugovora nastupio osigurani slučaj, Osiguratelj ima pravo ili vratiti plaćenu premiju, u kojem slučaju nije obavezan isplatiti naknadu, ili zadržati plaćenu premiju i zahtijevati plaćanje premije do kraja mjeseca u kojem je podnesen zahtjev za poništenje Ugovora, u kojem slučaju je dužan platiti osigurani iznos. Osigurateljevo pravo da zahtjeva poništenje Ugovora o osiguranju prestaje ako u roku od 3 mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.
- (4) Ako ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik koji neistinito prijavi ili ispusti dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, Osiguratelj može u jednom (1) mjesecu od dana kada sazna za neistinitost ili nepotpunost prijave, raskinuti osiguranje s otkaznim rokom od četrnaest (14) dana ili odgovarajuće povisiti premiju osiguranja. Ako ugovaratelj osiguranja na povišenje premije osiguranja ne pristane, ima pravo u roku od četrnaest (14) dana nakon obavijesti, izjavom raskinuti osiguranje, pri čemu Osiguratelj vraća dio već plaćene premije osiguranja koja otpada na vrijeme od isteka osiguranja te ima pravo odgovarajuće smanjiti naknadu iz osiguranja. Ako se osigurani slučaj dogodio prije nego što je utvrđena netočnost ili nepotpunost prijave ili nakon toga, ali prije raskida Ugovora, odnosno prije postizanja sporazuma o povećanju premije, naknada se smanjuje u razmjeru između plaćene premije i premije koju bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.
- (5) Ukoliko je ugovor sklopljen za više osiguranika tada se odredbe prethodnih stavaka primjenjuju isključivo na pojedinog određenog osiguranika, dok u odnosu na ostale osiguranike Ugovor ostaje nepromijenjen.

- (6) Osiguratelj može u slučaju prijave, krivotvorenja ili zlorabe od strane ugovaratelja osiguranja, odnosno osiguranika, raskinuti ugovor o osiguranju bez otkaznog roka i zatražiti povrat isplaćene naknade iz osiguranja, zajedno sa zakonskim zateznom kamatom te time i nastalu štetu i troškove, pri čemu Osiguratelj može zadržati već plaćene premije osiguranja i ima pravo zatražiti plaćanje premije osiguranja za osigurano razdoblje u kojem je zatražen raskid ugovora o osiguranju.
- (7) Ako osiguranje prestane sa smrću osiguranika, Osiguratelj ima pravo na premiju osiguranja do kraja mjeseca u kojem je nastupila smrt, a ukoliko su korištena prava iz osiguranja na ugovorenu godišnju premiju.
- (8) Osiguratelj u slučaju promjena koje su važne za izvođenje osiguranja, o istom na primjeren način (pisanim putem, telefonski, na svojoj internetskoj stranici www.triglav.hr ili preko medija i slično) obavještava ugovaratelja osiguranja, odnosno osiguranika.
- (9) Osiguratelj ne preuzima odgovornost za kvalitetu pružene zdravstvene usluge.

Članak 40. Ostala prava i obveze ugovaratelja osiguranja i osiguranika

- (1) Ako ugovaratelj osiguranja i osiguranik nisu iste osobe, osiguratelj je dužan pribaviti suglasnost osiguranika za sklapanje ugovora o osiguranju. Smatra se da je osiguranik upoznat s uvjetima zaključivanja i izvođenja osiguranja.
- (2) Ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik je dužan Osiguratelju:
 - 1.) prilikom zaključivanja ugovora prijaviti sve okolnosti koje su nužno potrebne za procjenu rizika i koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Nužno potrebnima smatraju se okolnosti bez poznavanja kojih osiguranje nije moguće zaključiti, odnosno su takve da bi Osiguratelj osiguranje zaključilo pod posebnim ili izmijenjenim uvjetima, odnosno osiguranje se ne bi zaključilo;
 - 2.) tijekom trajanja osiguranja ažurno posredovati osobne i druge podatke te okolnosti i njihove promjene važne za izvođenje osiguranja.
- (3) Ugovaratelj osiguranja je dužan osigurati plaćanje premije osiguranja na način i u rokovima koji su određeni u ugovoru o osiguranju.
- (4) Osiguranik je dužan:
 - 1.) prava iz osiguranja ostvariti na način i pod uvjetima koji su određeni u ugovoru o osiguranju te
 - 2.) na vlastiti trošak Osiguratelju podnijeti svu dokumentaciju i pružiti sve informacije potrebne za utvrđivanje nastanka i postojanja osiguranog slučaja te pravo na naknadu iz osiguranja.
- (5) Ako osiguranik ne postupa sukladno ugovoru o osiguranju, posebno ako prava iz osiguranja ne ostvaruje na način i po uvjetima koji su određeni u ugovoru o osiguranju ili ne poštuje upute za pružanje zdravstvene usluge koje mu je prethodno posredovao Osiguratelj, odnosno izvođač, Osiguratelju nadoknađuje štetu i troškove nastale zbog njegovog postupanja ili propusta.
- (6) Ako osiguranik prilikom ostvarivanja prava iz osiguranja prekorači godišnji osigurani iznos, Osiguratelju vraća iznos prekoračenja i troškove nastale zbog njegovog postupanja.
- (7) Ako se nakon ostvarivanja prava iz osiguranja utvrdi da osigurani slučaj nije nastao, osiguranik Osiguratelju vraća plaćenu naknadu iz osiguranja te troškove nastale zbog njegovog postupanja.

UGOVOR O OSIGURANJU

Članak 41. Ugovor o osiguranju

- (1) Ugovorom o osiguranju ugovaratelj osiguranja se obvezuje Osiguratelju plaćati premiju osiguranja, a Osiguratelj se obvezuje da će kod nastupanja osiguranog slučaja i uz ispunjene uvjete osigurateljnog jamstva, osiguraniku platiti troškove pruženih zdravstvenih usluga i izdavanja lijekova u dogovorenoj visini te nudi asistenciju pri ostvarivanju prava iz osiguranja.

Članak 42. Opći uvjeti

- (1) Opći uvjeti su sastavni dio ugovora o osiguranju kojima su uređeni odnosi između ugovaratelja osiguranja, osiguranika i Osiguratelja.
- (2) Osiguratelj objavljuje Opće uvjete na svojoj internetskoj stranici – www.triglav.hr.

Članak 43. Ostali dokumenti ugovora o osiguranju i njihova hijerarhija

- (1) Sastavni dijelovi ugovora o osiguranju su, uz Opće uvjete, također ponuda, upitnik o zdravstvenom stanju, polica osiguranja te zdravstvena dokumentacija i druge prijave, izjave ili dokumenti ugovornih strana, a mogu biti i posebni uvjeti odnosno klauzule k polici osiguranja.
- (2) U slučajevima kada su odredbe posebnih uvjeta protivne odredbama Općih uvjeta, važeći su posebni uvjeti. U slučajevima kada je klauzula police osiguranja u suprotnosti s odredbama Općih uvjeta, odnosno posebnih uvjeta, važeća je klauzula police osiguranja.

Članak 44. Oblik ugovora o osiguranju i međusobno obavještanje

- (1) Dokumentacija ugovora o osiguranju i u svezi s ugovorom o osiguranju mora biti na hrvatskom jeziku i u pisanom obliku ili dogovorenom elektroničkom obliku te je na snazi od dana primitka.
- (2) Danom primitka smatra se sljedeći radni dan nakon dana preporučene predaje pošiljke, poslana na posljednju od strane primatelja posredovanu adresu.

Članak 45. Izmjene ugovora o osiguranju

- (1) Za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, Osiguratelj pridržava pravo izmijene Općih uvjeta, visine premije osiguranja, odnosno premijskog cjenika osiguranja, visinu učešća i visinu godišnjeg osiguranog iznosa, pri čemu su izmjene važeće s početkom nove osigurateljne godine.
- (2) Osiguratelj o izmjenama na primjeren način obavještava ugovaratelja osiguranja koji ima osiguranje zaključeno na razdoblje dulje od jedne (1) godine, barem jedan (1) mjesec prije stupanja na snagu izmjene. Ako se ugovaratelj osiguranja ne slaže s izmjenom, ima pravo u roku od trideset (30) dana nakon obavijesti izjavom odstupiti od ugovora o osiguranju, pri čemu odstupanje od ugovora o osiguranju stupa na snagu istekom tekuće osigurateljne godine. Ako ugovaratelj osiguranja u tom roku ne odstupa od ugovora o osiguranju, smatra se da se s izmjenama slaže.
- (3) Ugovaratelj osiguranja nema pravo odstupiti od ugovora o osiguranju ako je izmjena u njegovu, odnosno korist osiguranika ili ako se izmjeni visina premije osiguranja zbog prelaska osiguranika u viši starosni razred.
- (4) Ostale izmjene ugovora o osiguranju važeće su s početkom nove osigurateljne godine, ako s Osigurateljem nije drugačije ugovoreno.
- (5) Osiguratelj zadržava pravo povećanja premija osiguranja i obima pokrića osiguranja u odnosu na ono definirano ovim uvjetima, a što se regulira posebnim ugovorom s pravnom osobom odnosno osobama na koje se te izmjene pokrića odnose.
- (6) Ugovor se može izmijeniti proširenjem ili smanjenjem osigurateljnog pokrića na zahtjev ugovaratelja osiguranja tek nakon isteka perioda prethodno ugovorenog osiguranja, a izmijenjeni ugovor se primjenjuje o prvog dana sljedećeg mjeseca od dana podnošenja zahtjeva. Zahtjev za promjenu mora biti predan trideset (30) dana prije isteka prethodnog Ugovora o osiguranju. Izmjene Ugovora smanje osigurateljno pokriće prema ovim Uvjetima smatraju se:
 - isključenje iz osigurateljnog pokrića jedne od osiguranih osoba;
 - smanjenje opsega osigurateljnog pokrića.
 Izmjene Ugovora proširenjem osigurateljnog pokrića prema ovim Uvjetima smatra se:
 - Uključivanje u osigurateljnu zaštitu novog osiguranika;
 - Povećanje opsega osigurateljnog pokrića.
 Osiguratelj zadržava pravo na donošenje odluke o izmjeni Ugovora proširenjem osigurateljnog pokrića. Osiguratelj može bez navođenja razloga odbiti zahtjev. Na izmijenjen Ugovor o osiguranju primjenjuju se odredbe članka 24. ovih Uvjeta.

Članak 46. Proširenje zdravstvenih usluga i područja

- (1) Popise zdravstvenih usluga liječenja i područja Osiguratelj može proširiti objavom na svojoj internetskoj stranici – www.triglav.hr.

Članak 47. Cjenik Osiguratelja

- (1) Osiguratelj ima cjenik asistencijskih i ostalih usluga objavljen na svojoj internetskoj stranici.
- (2) Izmjene cjenika Osiguratelja stupaju na snagu danom donošenja, osim ako nije određeno drugačije.

Članak 48. Zastarjelost potraživanja

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarijevaju prema odredbama Zakona o obveznim odnosima.

ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 49. Primjena prava i zakonodavstva

- (1) Na odnose iz ugovora o osiguranju primjenjuje se pravo Republike Hrvatske.
- (2) Na odnose između Osiguravatelja, ugovaratelja osiguranja i osiguranika koji nisu dogovoreni ugovorom o osiguranju i ovim općim uvjetima primjenjuje se Zakon o obveznim odnosima RH.

Članak 50. Rješavanje sporova

- (1) Izvansudsko rješavanje sporova i sudsko rješavanje sporova
Stranke su suglasne da se svi sporove proizašle iz ugovora o osiguranju mogu rješavati mimim putem.
- (2) Ugovaratelj osiguranja i osiguranik suglasni su da će o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa s osigurateljem izvijestiti osiguratelja bez odgađanja odnosno najkasnije u roku 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja odluke osiguratelja ili od dana saznanja za razlog pritužbe.

Pritužba je izjava nezadovoljstva upućena osiguratelju od strane ugovaratelja osiguranja ili osiguranika (dalje u tekstu stranke) koja se odnosi na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenje obveza iz ugovora o osiguranju.

Pritužba može biti podnesena zbog:

- postupanja društva za osiguranje odnosno osobe koja za osiguratelja obavlja poslove zastupanja u osiguranju
- odluke osiguratelja u vezi s ugovorom o osiguranju ili izvršenjem ugovora o osiguranju
- postupanju osiguratelja u vezi s rješavanjem zahtjeva iz ugovora o osiguranju

Pritužbe strane dostavljaju:

- 1.) u pisanom obliku iz kojeg se sa sigurnošću može razaznati sadržaj obavijesti, potpis podnositelja obavijesti te vrijeme slanja obavijesti i to na:
 - a.) adresu sjedišta osiguratelja u Zagrebu, A. Heinza 4
 - b.) adresu najbližeg prodajnog ureda,
 - c.) e-mailom na adresu pritužbe@triglav-osiguranje.hr
 - d.) putem telefaksa nabroj: 01 5632 709

2.) usmenom izjavom na zapisnik kod osiguratelja na adresi sjedišta osiguratelja u Zagrebu ili na adresu najbližeg prodajnog ureda, Pritužba treba sadržavati:

- 1.) ime, prezime i adresu podnositelja prigovora fizičke osobe ili njegovog zakonskog zastupnika odnosno tvrtku, sjedište, ime i prezime odgovorne osobe podnositelja prigovora koji je pravna osoba,
- 2.) jasne razloge prigovora podnositelja prigovora i njegove zahtjeve,
- 3.) dokaze kojima se potvrđuju navodi iz prigovora kada ih je moguće priložiti, dokazne isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se prigovor podnosi kao i prijedloge za izvođenje dokaza,
- 4.) datum podnošenja prigovora i potpis podnositelja prigovora odnosno osobe koja ga zastupa
- 5.) punomoć za zastupanje, kada je prigovor podnesen po punomoćniku. O pritužbi u prvom stupnju odlučuju nadležne organizacijske jedinice na koje se pritužba odnosi i to najkasnije u roku 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja prigovora. Ako ocjeni potrebnim, ovlaštena osoba koja odlučuje o pritužbi može zahtijevati dostavu dodatnih dokaza. Po završenom postupku u prvom stupnju, osiguratelj će eventualno zaprimljenu pritužbu na odluku iz prethodnog podstavka ovog članka uputiti drugostupanjskoj komisiji.

Drugostupanjska komisija osiguratelja sastoji se od najmanje 3 (tri) člana, od kojih je najmanje jedan diplomirani pravnik. Odgovor drugostupanjske komisije dostavlja se u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja pritužbe stranke.

- (3) Svi sporovi koji proizlaze iz ovog ugovora o osiguranju ili u svezi s njim, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, ozljede ili prestanka, kao i na pravne učinke koji iz toga proistječu, stranke suglasno mogu uputiti na mirenje pri Centru za mirenje Hrvatskog ureda za osiguranje ili drugoj organizaciji za mirenje. Ukoliko ti sporovi ne budu riješeni mirenjem, stranke neće imati nikakvih obveza prema ovoj odredbi.
- (4) Ukoliko ti sporovi ne budu riješeni mirenjem u roku od 60 (šezdeset) dana od dana podnošenja prijedloga za pokretanje postupka mirenja ili u drugom roku o kojem se stranke dogovore, stranke su ovlaštene pokrenuti sudski postupak.
- (5) U slučaju da se unatoč nastojanju sporazumnog rješenja spora sukladno gornjem opisu postupanja ne uspije postići mirno rješenje spora, za sudske sporove mjesno je nadležan stvarno nadležan sud prema mjestu sklapanja ugovora o osiguranju.

Članak 50. Prijeboj, zalaganje i ustupanje potraživanja

- (1) Osiguratelj može izvršiti prijeboj potraživanja na osnovi dospjele nenaplaćene premije i drugih dospjelih potraživanja nastalih između osiguratelja i ugovaratelja osiguranja i / ili osiguranika i/ili platitelja , skupa s zakonskom zateznom kamatom te s tim nastalu štetu i troškove.
- (2) Ako ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik primi naknadu koja se odnosi na povrat troškova zdravstvenih usluga i lijekova prema Općim uvjetima od osobe odgovorne za štetu, Osiguratelj može od naknade iz osiguranja odbiti iznos te naknade.
- (3) Potraživanja prema Osiguratelju ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik ne može založiti ni ustupiti.

Članak 52. Nadzor nad osiguravajućom kućom

- (1) Nadzor nad osigurateljem izvodi Hrvatska agencija za nadzor financijskih institucija, Miramarska 24b, 10000 Zagreb

Članak 53. Stupanje na snagu Općih uvjeta

- (1) Uvjeti osiguranja stupaju na snagu i upotrebljavaju se od 01.08.2016.

Članak 54. Završne odredbe

- (1) Sve prijave, izjave, zahtjevi i ostali dokumenti u vezi s ugovorom o osiguranju moraju biti dani u pisanom obliku i imaju učinak na primatelja od dana prijema. Danom prijema smatra se sljedeći radni dan nakon preporučene predaje pošiljke poslana na zadnju od strane primatelja dostavljenu adresu.
- (2) Na odnose između ugovaratelja osiguranja, odnosno osiguranika na jednoj strani i osiguratelja na drugoj strani, u dijelu u kojem nisu uređeni ovim Općim uvjetima primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim odnosima (ZOO), ZOZO, ZDZO, ZZZ, i ostali propisi doneseni na temelju ZOZO, ZDZO i ZZZ, a dispozitivne odredbe samo ako pitanja na koja se iste odnose Općim uvjetima nisu drugačije regulirane.
- (3) Ugovaratelj osiguranja/osiguranik je dužan obavijestiti osiguratelja o promjeni adrese svog prebivališta ili promjeni svoga imena u roku od 15 dana od dana promjene. Ako je ugovaratelj/ osiguranik promijenio adresu prebivališta ili svoje ime, a o promjeni nije obavijestio osiguratelja, dovoljno je da osiguratelj obavijest koju mora dostaviti osiguraniku pošalje na adresu njegove zadnje poznate adrese prebivališta ili je naslovi na posljednje poznato ime.
- (4) Osiguratelj može popis iz trećeg stavka 1. članka Općih uvjeta proširiti tako da izmijenjeni popis objavi na svojoj web stranici – www.triglav.hr.
- (5) U slučajevima kada je klauzula police osiguranja u suprotnosti s odredbama Općih uvjeta, vrijedi klauzula police osiguranja.

- (6) U slučaju promjene ZOZO ili ZDZO ili ZZZ ili ostalih propisa temeljenih na tim zakonima ili bitnih promjena uvjeta na tržištu, osiguratelj će donijeti potrebne izmjene ovih Općih uvjeta. O donesenim izmjenama iz ovog stavka, osiguratelj će pisanim putem obavijestiti ugovaratelja osiguranja i pozvati ga na prihvrat izmijenjenog ugovora, odnosno pozvati ga na potpisivanje aneksa ugovora.

Ako ugovaratelj osiguranja ne prihvati navedene izmjene ovog ugovora, Ugovaratelj osiguranja može u roku 30 dana nakon primitka obavijesti o navedenim izmjenama, pisanim putem otkazati ovaj ugovor o osiguranju u dijelu koji se odnosi na ovu vrstu osiguranja. Ako ugovaratelj osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju u navedenom roku, odnosno ako se ugovaratelj osiguranja u navedenom roku ne odazove pozivu osiguravatelja na prihvrat izmijenjenog ugovora i potpisivanje aneksa postojećem ugovoru, na postojeći ugovor o osiguranju primjenjuju se novi opći uvjeti sa pripadajućim izmjenama.