

OPĆI UVJETI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

02.04-043 e

AGRAMLIFE

INFORMACIJE ZA KLIJENTA ILI
UGOVARATELJA OSIGURANJA

(1) IDENTITET OSIGURATELJA I ADRESA ZA
KONTAKT

Naziv tvrtke – AGRAM LIFE osiguranje
dioničko društvo.

Društvo je upisano u sudski registar
Trgovačkog suda u Zagrebu pod matičnim
brojem (MBS): 080151945, naš OIB je:
18742666873.

Sjedište Tvrtke: Trnjanska cesta 108, 10 000
Zagreb, Republika Hrvatska.

Podaci o Društvu kao i izvješća o
financijskom stanju i solventnosti nalaze se
na internetskoj stranici www.agramlife.hr
u rubrici „Publikacije“.

(2) SAVJETOVANJE PRIJE PRODAJE
OSIGURANJA

Donijeli smo odluku da kao osiguratelj ne
pružamo usluge savjetovanja o proizvodima
osiguranja prije sklapanja ugovora o
osiguranju. Na temelju informacija koje
dobivamo od Vas, Vaših zahtjeva i potreba,
dajemo objektivne informacije o proizvodu
osiguranja u razumljivom obliku kako bi
Vam se omogućilo da donesete informiranu
odluku. Sve ključne informacije o našim
proizvodima mogu se pronaći na našoj
internetskoj stranici www.agramlife.hr i na
svim našim prodajnim mjestima.

(3) OSNOVE UGOVORA

Osnova ugovora o osiguranju je polica
osiguranja te uz nju priloženi uvjeti
osiguranja, ponuda za sklapanje ugovora
kao i ostale možebitne pripadajuće ugovorne
odredbe (klauzule) koje se navode u polici
osiguranja kao sastavnice ugovora.

Ugovor sklapamo pod uvjetima 02.04-043 e
(dalje u tekstu: Uvjeti) i odabranoj tarifi
i kao takvi istaknuti su na ponudi i polici
osiguranja.

(4) PONUDA

Pisana ponuda za sklapanje ugovora o
osiguranju, dostavljena na traženje fizičke i
pravne osobe obvezuje osiguratelja 15 dana
od dana dostave ponude ako u ponudi nije
naznačen neki drugi rok.

Ako fizička ili pravna osoba kojoj je
dostavljena ponuda, u roku za koji ponuda
obvezuje osiguratelja, tu ponudu prihvati,
smatra se da je sklopljen ugovor o osiguranju
kada je prihvaćena (potpisana) ponuda
prispjela osiguratelju i kada je osoba koja
prihvaća ponudu izvršila uplatu premije
u iznosu i na način kako je naznačeno na
ponudi.

Fizička ili pravna osoba kojoj je dostavljena
ponuda ima pravo na opoziv prihvata
ponude u roku za koji ponuda obvezuje
osiguratelja.

Ako u razdoblju od podnošenja ponude do
zaključenja ugovora dođe do povećanja
opasnosti (npr. oboljenja odnosno ozljeda),
osiguranik, odnosno ugovaratelj to mora
odmah nakon saznanja pismeno javiti
osiguratelju.

Ako je ugovor o osiguranju sklopljen
posredstvom sredstava daljinske
komunikacije Ugovaratelj osiguranja ima
pravo na jednostrani raskid ugovora o
osiguranju, u roku od 14 dana od dana
sklapanja ugovora o osiguranju, ako do tada
nije koristio prava iz osiguranja.

(5) PREMIJA OSIGURANJA

Visinu premije osiguranja, iznos osiguranja
za osnovna i dopunska pokrića, te ukupan
iznos plaćanja možete vidjeti iz izračuna
premije ili ponude.

Visinu premije suglasno smo utvrdili
prilikom sklapanja ugovora i naveli je na
polici osiguranja. Za naš odnos mjerodavna
je ona premija navedena na polici
osiguranja, odnosno ona premija navedena
na posljednjoj izmjeni utvrđenoj na polici
osiguranja.

Premija osiguranja plaća se za svaku
osigurateljnu godinu jednokratno i

unaprijed ili u ugovorenim rokovima i na način utvrđen u ponudi.

Definicija iznosa osiguranja i/ili osigurane svote navedenih na polici za koje se plaća premija osiguranja kao i opcije iz sklopljenog ugovora o osiguranju i obveze koje proizlaze iz ugovora o osiguranju za obje ugovorne strane detaljno smo objasnili u Uvjetima koji su sastavni dio Vaše police.

Način plaćanja premije dodatno je reguliran u čl. 12., čl. 13. i čl. 14. Uvjeta osiguranja.

Na premiju osiguranja se prema trenutno važećim propisima ne obračunava porez na osiguranje ni porez na dodanu vrijednost (PDV).

(6) TRAJANJE I ZAVRŠETAK UGOVORA

Ugovor o osiguranju sklapa se i ugovorne strane obvezuje za vremensko trajanje ugovoreno i navedeno u polici osiguranja.

Ugovor se smatra sklopljenim kada je prihvaćena (potpisana) ponuda prispjela osiguratelju i kada je osoba koja prihvaća ponudu izvršila uplatu premije u iznosu i na način kako je naznačeno na ponudi.

Osiguranje proizvodi pravni učinak po proteku karence kako je regulirano čl. 7. Uvjeta.

U istim rokovima kako je naznačeno čl. 7. Uvjeta prije korištenja ugovorenih usluga ugovaratelj može odustati od sklopljenog ugovora.

Uvjeti za prestanak ili raskid ugovora o osiguranju kao i ostale specifičnosti vezane za trajanje ugovora regulirani su čl. 11., 17. i 18. Uvjeta osiguranja koji čine sastavni dio Vaše police osiguranja.

(7) PRAVO KOJE SE PRIMJENJUJE NA UGOVOR

Na sklapanje, postojanje, provedbu, ispunjavanje, važenje i na bilo koji drugi aspekt ovog ugovora primjenjuje se pravo Republike Hrvatske kada strane nemaju slobodu izbora mjerodavnog prava. Kod slobode izbora mjerodavnog prava osiguratelj predlaže primjenu prava Republike Hrvatske.

Sloboda izbora mjerodavnog prava postoji kod ugovora o osiguranju s međunarodnim elementom na koje se primjenjuje Uredba (EZ) br. 593/2008 Europskog parlamenta i Vijeća. U tom slučaju osiguratelj predlaže primjenu prava Republike Hrvatske.

(8) NAČIN RJEŠAVANJA SPOROVA I POSTUPANJA PO PRITUŽBI

Sve eventualne sporove s nama koji proizlaze ili su u vezi s predmetnim ugovorom o osiguranju odnosno izvršenja obveza iz ugovora o osiguranju, nastojat ćemo prvenstveno riješiti s Vama sporazumno u mirnom postupku u okviru postupka izvansudskog rješavanja sporova koji smo uspostavili sukladno odredbama Zakona o osiguranju.

Ako ste nezadovoljni našim postupanjem ili našom odlukom kao osiguratelja imate pravo podnošenja pritužbe kao izjave nezadovoljstva upućena nama, a koja se odnosi na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenja obveza iz ugovora o osiguranju.

Podnositelj pritužbe može biti osiguranik, i/ili ugovaratelj osiguranja ili druga zainteresirana osoba te korisnici usluga posredovanja u osiguranju i reosiguranju i zastupanja u osiguranju.

Pritužba može biti podnesena u odnosu na pružanje usluga osiguranja, odnosno u odnosu na izvršenje obveza iz ugovora o osiguranju.

Obrazac pritužbe možete preuzeti i na našoj internetskoj stranici www.agramlife.hr.

Pritužba se može usmeno izjaviti na zapisnik kod nas na adresi sjedišta ili na adresu našeg najbližeg prodajnog mjesta ili podnijeti putem pošte ili elektroničke pošte na adresu pritužbe@agramlife.hr.

Rok za naš pisani odgovor na Vašu pritužbu je 15 dana od dana primitka pritužbe.

Ako spor ne uspijemo riješiti u mirnom izvansudskom postupku kod nas, sudsku zaštitu možete ostvariti pred redovnim sudom Republike Hrvatske.

Ako ugovaratelj osiguranja, osiguranik ili zainteresirana osoba smatra da osiguratelj ili osobe koje za Društvo obavljaju poslove posredovanja u osiguranju i reosiguranju i zastupanja u osiguranju ne postupaju u skladu sa svojim obvezama, mogu o tome podnijeti predstavku Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga.

(9) NAKNADE DJELATNIKA

Naši djelatnici za poslove distribucije osiguranja, a u vezi sa sklopljenim ugovorima o osiguranju ostvaruju primitke temeljem sklopljenog ugovora o radu, a sve sukladno zakonu o radu i drugim pozitivnim propisima.

(10) ADRESA NADZORNOG TIJELA

Osiguratelj podliježe nadzoru Hrvatske agencije za nadzor financijskih usluga (HANFA), Sektora za osiguranje, Franje Račkog 6, 10 000 Zagreb, e-pošta: info@hanfa.hr, tel.: 01 617 32 00.

OPĆI UVJETI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Broj: 02.04-043 e

Opće odredbe

Članak 1.

- (1) Ovim se Općim uvjetima uređuju vrste, uvjeti način provođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u oblicima (vrstama) kao dodatno i privatno zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: Uvjeti DZO-a).
- (2) Opći uvjeti DZO-a čine sastavni dio Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu: Ugovor o osiguranju) kojeg ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik sklopi s osigurateljem.
- (3) Ugovor o osiguranju može se sklopiti za fizičku osobu koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu: ZOZO) odnosno za fizičke osobe koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno ZOZO i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.

Pojmovi

Članak 2.

Pojedini pojmovi, u smislu ovih Uvjeta DZO-a, imaju sljedeće značenje:

- 1) »Dobrovoljno zdravstveno osiguranje« – obuhvaća:
 - a) dopunsko zdravstveno osiguranje
 - b) dodatno zdravstveno osiguranje
 - c) privatno zdravstveno osiguranje
- 2) »Dopunsko zdravstveno osiguranje« – osiguranje kojim se osigurava pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz 19. i 20. ZOZO¹
- 3) »Dodatno zdravstveno osiguranje« – 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) »Privatno zdravstveno osiguranje« – osiguranje kojim se osigurava zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno ZOZO i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj
- 5) »Osiguratelj« – AGRAM LIFE osiguranje d.d. (OIB: 18742666873) kao društvo za osiguranje s kojim je sklopljen ugovor o osiguranju
- 6) »Ugovaratelj osiguranja« – osoba (fizička ili pravna) s kojom AGRAM LIFE osiguranje d.d. sklapa ugovor o osiguranju
- 7) »Osiguranik ili osigurana osoba« – fizička osoba koja ostvaruje pravo iz ugovora o osiguranju
- 8) »Osigurani slučaj« – događaj koji se veže za dan aktiviranja odnosno korištenje prava iz ugovora o osiguranju u jednoj osigurateljskoj godini
- 9) »Polica« – isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju, koju izdaje osiguratelj
- 10) »Premija osiguranja« – iznos kojeg plaća ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik, prema ugovoru o osiguranju i ovim Uvjetima DZO-a, osiguratelju za svaku osigurateljnu godinu. Premija se plaća kao osnovna premija i doplatak na premiju.
- 11) »Osigurana svota« – iznos do kojeg je osiguran imovinski interes osiguranika, a koji se utvrđuje na temelju obavljenih medicinskih usluga i Cjenika DZO-a Specijalne bolnice AGRAM, koje osiguranik koristi u jednoj osigurateljskoj godini
- 12) »Zdrava osoba« – osoba potpunog tjelesnog (fizičkog), duševnog (psihičkog) i socijalnog blagostanja bez

¹ Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju NN 80/13., izmjene i dopune 137/13., 98/19.

- bolesti i abnormalnosti, koja obavlja sve životne funkcije i radne aktivnosti i nema subjektivnih tjelesnih (fizičkih) i/ili duševnih (psihičkih) tegoba
- 13) »Uvjetno zdrava osoba« – osoba kod koje nema većih poremećaja funkcije organizma u socijalnom, emocionalnom i intelektualnom smislu te obavlja sve životne funkcije i radne aktivnosti uz povremeno ili redovito liječenje
- 14) »Osoba narušenog zdravlja« – osoba koja boluje od neke teže kronične bolesti s trajnim posljedicama za zdravstveno stanje zbog čega je dotičnoj osobi nužna trajna medicinska skrb
- 15) »Trajanje osiguranja« – vremensko razdoblje za koje je sklopljen ugovor o osiguranju
- 16) »Karenca« – razdoblje od početka osiguranja u kojemu osigurana osoba još ne može početi ostvarivati sva ili pojedina prava iz sklopljenog ugovora o osiguranju
- 17) »Cjenik DZO-a« – popis zdravstvenih usluga s navedenim cijenama kojeg donosi Specijalna bolnica AGRAM u skladu s tržišnim cijenama medicinskih usluga u RH, uz suglasnost osiguratelja, a temeljem kojeg se obračunavaju obavljene zdravstvene usluge osiguranika radi plaćanja tih usluga od strane osiguratelja, i koji služi kao osnovica za naplatu »doplataka na premiju«, kao i za određivanje osigurane svote
- 18) »Specijalna bolnica AGRAM« – zdravstvena ustanova koja u ime i za račun osiguratelja obavlja zdravstvene usluge osiguranicima u svom sjedištu, podružnicama ili u drugim ugovornim zdravstvenim ustanovama s kojima ima poseban ugovor
- 19) »Ovlašteni liječnik« – liječnik zaposlen u Specijalnoj bolnici AGRAM, koji u ime i za račun osiguratelja određuje osiguraniku način korištenja opsega prava iz ugovora o osiguranju i prava iz posebne obveze osiguratelja (participacije osiguratelja)
- 20) »CLASSIC zdravstveni program« – medicinski program za ostvarivanje prava osiguranika iz ugovora o osiguranju kao dodatno zdravstveno osiguranje u kojemu se opseg prava osiguranika određuje kroz vrste polica Lm, L, XL i XXL
- 21) »EXCLUSIVE zdravstveni program« – medicinski program za ostvarivanje prava osiguranika iz ugovora o osiguranju kao dodatno i privatno zdravstveno osiguranje u kojemu se opseg prava osiguranika određuje kroz vrste polica SILVER (S) i GOLD (G).
- 22) »UGOVOR na daljinu« - ugovor sklopljen između Osiguratelja i ugovaratelja putem internetske stranice Osiguratelja bez istodobne fizičke prisutnosti Osiguratelja ili posrednika u osiguranju i ugovaratelja.

Sklopljanje Ugovora o osiguranju

Članak 3.

- (1) Ugovor o osiguranju sklapa se na temelju ponude. Ponuda je sastavni dio ugovora o osiguranju. Svi pisani dodaci ponudi također su sastavni dio ugovora.
- (2) U pisanoj ponudi na tiskanici moraju biti istinito i potpuno navedeni svi bitni podaci za zaključivanje ugovora dok će osigurana osoba, kada je to propisano ovim Uvjetima DZO-a, sve okolnosti značajne za procjenu rizika koje osiguratelj preuzima priopćiti ovlaštenom liječniku Specijalne bolnice AGRAM.
- (3) Pisana ponuda za sklopljanje ugovora o osiguranju, dostavljena na traženje fizičke i pravne osobe obvezuje osiguratelja 15 dana od dana dostave ponude ako u ponudi nije naznačen neki drugi rok.
- (4) Ako fizička ili pravna osoba kojoj je dostavljena ponuda, u roku za koji ponuda obvezuje osiguratelja, tu ponudu prihvati, smatra se da je sklopljen ugovor o osiguranju kada je prihvaćena (potpisana) ponuda prispjela osiguratelju i kada je osoba koja prihvaća

ponudu izvršila uplatu premije u iznosu i na način kako je naznačeno na ponudi.

- (5) Ugovor o osiguranju može biti sklopljen samim plaćanjem premije osiguranja ako je to izričito navedeno na ponudi ili polici osiguranja.
- (6) Ako u razdoblju od podnošenja ponude do zaključenja ugovora dođe do povećanja opasnosti (npr. oboljenja odnosno ozljeda), osiguranik, odnosno ugovaratelj to mora odmah nakon saznanja pismeno javiti osiguratelju.

Osigurane osobe

Članak 4.

- (1) Zdrave osobe mogu se osigurati od navršениh 16 godina do navršениh 70 godina života.
- (2) Uvjetno zdrave osobe mogu se osigurati do navršene 65. godine života po dopunskim uvjetima, a na temelju medicinske dokumentacije i/ili zdravstvenog pregleda radi procjene stanja zdravlja.
- (3) Osobe narušena zdravlja mogu se osigurati do navršениh 60 godina po dopunskim uvjetima, a na temelju medicinske dokumentacije i/ili zdravstvenog pregleda radi procjene stanja zdravlja, koji prije sklapanja ugovora obavlja liječnički tim Specijalne bolnice AGRAM.
- (4) Ništetan je ugovor o osiguranju osobe mlađe od 16 godina, kronično duševno bolesne osobe, osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti, te osobe narušenog zdravlja iz članka 8. ovih Uvjeta DZO-a.
- (5) Starost (dob) osiguranika računa se razlikom između kalendarske godine početka trajanja osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika.

Opseg pokrića (prava) i vrste polica

Članak 5.

- (1) Ugovor o osiguranju za dodatno zdravstveno osiguranje po opsegu pokrića ovisi od vrste police, bilo da je iz programa CLASSIC ili programa EXCLUSIVE.

- (2) Ugovor o osiguranju za privatno zdravstveno osiguranje također, po opsegu pokrića, ovisi o vrsti police, i to polica iz programa EXCLUSIVE.
- (3) Prema ovim Uvjetima DZO-a postoje police iz programa CLASSIC od kojih svaka ima poseban naziv sukladno opsegu pokrića (prava) i to police Lm, L, XL, XXL, te police iz programa EXCLUSIVE, koje po opsegu pokrića (prava) nose naziv kao police, SILVER (S) i GOLD (G).
- (4) U okviru pokrića (prava) za police iz programa CLASSIC, koja su posebno opisana u svakoj polici, osiguranik može unutar jedne osigurateljne godine obaviti (preventivni) sistematski pregled iz članka 6. ovih Uvjeta DZO-a, uz ugovaranje termina u roku od 48 sati, a u iznimnim slučajevima odmah.
- (5) U okviru sistematskog pregleda za osiguranike imatelje polica XL i XXL, uključen je završni intervju s tumačenjem rezultata i pisanim mišljenjem ovlaštenog liječnika.
- (6) U postupku ostvarivanja prava po svakoj polici iz programa CLASSIC, osiguranik ima pravo, kao pripadajuće pokriće unutar opsega pokrića, i na specijalističke preglede i/ili medicinske pretrage koje ovlaštenu liječnik indicira tijekom sistematskog pregleda, a nisu sastavni dio sistematskog pregleda iz članka 6. stavka (1) ovih Uvjeta DZO-a, uz DOPLATAK na premiju (FRANŠIZA – kao udio osiguranika u šteti) iz ugovora o osiguranju, u visini:
 - 1) 40% od cijene indiciranih pregleda i/ili pretraga iz Cjenika DZO-a – za police osiguranja s nazivom »Lm«
 - 2) 20% od cijene indiciranih pregleda i/ili pretraga iz Cjenika DZO-a – za police osiguranja s nazivom »L«
 - 3) 10% od cijene indiciranih pregleda i/ili pretraga iz Cjenika DZO-a – za police osiguranja s nazivom »XL« i
 - 4) 0% od cijene indiciranih pregleda i/ili pretraga iz Cjenika DZO-a – za police osiguranja s nazivom »XXL«.

- (7) U okviru pokrića (prava) za police iz programa EXCLUSIVE, osiguranik ostvaruje pravo na korištenje svih medicinskih usluga Specijalne bolnice AGRAM ili u istom obimu neke druge zdravstvene ustanove s kojom osiguratelj ili Specijalna bolnica AGRAM imaju poseban ugovor.
- (8) Osigurana osoba kao imatelj police SILVER ima pravo na individualiziran pristup i cjelogodišnji nadzor zdravstvenog stanja, a u skladu s tim, i pravo na:
- 1) osobnog savjetnika (liječnika) za zdravlje
 - 2) ugovaranje termina u roku od 24 sata, a u iznimnim slučajevima odmah
 - 3) zdravstvene usluge liječnika specijalista i specijalističke preglede i medicinske pretrage Specijalne bolnice AGRAM na indicaciju ovlaštenog liječnika Specijalne bolnice AGRAM, bez ograničenja do osigurane svote u jednoj osigurateljnoj godini.
- (9) Osigurana osoba kao imatelj police SILVER može ostvariti i dodatne pogodnosti na indicaciju ovlaštenog liječnika Specijalne bolnice AGRAM kao što su npr.:
- 1) MSCT calcium score
 - 2) izrada programa fizikalne terapije i vježbi
 - 3) savjeti za zdrav život, prema rizičnim faktorima.
- 10) Osigurana osoba kao imatelj police SILVER ima pravo na uvodni pregled od strane ovlaštenog liječnika, s anamnezom i statusom, kao i završni intervju, po isteku osigurateljne godine, s tumačenjem rezultata i pisanim mišljenjem ovlaštenog liječnika.
- 11) Osigurana svota za policu osiguranja SILVER iznosi 15.000,00 HRK (1.990,84 €) kao vrijednost medicinskih usluga, po Cjeniku DZO-a, koje pruža Specijalna bolnica AGRAM ili neka druga zdravstvena ustanova s kojom osiguratelj ili Specijalna bolnica AGRAM imaju poseban ugovor.
- (12) Osigurana osoba s policom GOLD ima prava kao i osiguranici iz stavka (8), (9) i (10) ovoga članka bez ograničenja do osigurane svote.
- (13) Osigurana svota za policu osiguranja GOLD iznosi 30.000,00 HRK (3.981,78 €) kao vrijednost medicinskih usluga, po Cjeniku DZO-a, koje pruža Specijalna bolnica AGRAM ili neka druga zdravstvena ustanova s kojom osiguratelj ili Specijalna bolnica AGRAM imaju poseban ugovor.

Sistematski pregled i medicinske pretrage

Članak 6.

- (1) Sistematski pregled, odnosno preventivni sistematski pregled, iz članka 5. stavka (4) ovih Uvjeta DZO-a, obuhvaća:
- 1) klinički pregled ovlaštenog liječnika uz EKG (Ž/M)
 - 2) procjenu kardiovaskularnog rizika, procjenu glomerularne filtracije (GFR) i izračun index-a tjelesne mase (BMI), (Ž/M)
 - 3) pregled pluća – spirometrija i RTG srca i pluća (na indicaciju), (Ž/M)
 - 4) UZV abdomena (jetre, žučnog mjehura i vodova, gušterače, slezene, bubrega), (Ž/M)
 - 5) UZV štitnjače i TSH (Ž/M)
 - 6) UZV prostate i PSA (M)
 - 7) UZV krvnih žila vrata (M)
 - 8) pregled dojki - UZV ili mamografija ovisno o dobi (Ž)
 - 9) ginekološki pregled, PAPA test i ginekološki UZV, stupanj čistoće (Ž)
 - 10) laboratorijske pretrage: KKS, glukoza, ureja, kreatinin, bilirubin, urati, hsCRP, ukupni kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliceridi, AST, ALT, GGT, ALP, test na okultno krvarenje (3x) i kompletna pretraga urina (Ž/M).
- (2) Po ovim Uvjetima DZO-a, a vezano za članak 5. stavak (6) ovih Uvjeta DZO-a, specijalistički pregledi obuhvaćaju preglede iz područja: interne medicine, kardiologije, neurologije, gastroenterologije, urologije, endokrinologije i dijabetologije, fizijatrije, ginekologije, oftalmologije, dermatologije, otorinolaringologije, citologije, radiologije i laboratorijske dijagnostike.

* Izračunato primjenom fiksnog tečaja konverzije 1 euro = 7,53450 kuna.

(3) Po ovim Uvjetima DZO-a, a vezano za članak 5. stavak (6) ovih Uvjeta DZO-a, medicinske pretrage su:

- 1) laboratorijske pretrage koje obavljaju medicinsko biokemijski laboratoriji – opće i specijalističke pretrage iz područja laboratorijske hematologije, koagulacije, imunologije i medicinske biokemije (metaboliti, supstrati, enzimi, elektroliti, elementi u tragovima, proteini, lipidi, hormoni, vitamini, tumorski biljezi, testovi, kvalitativna analiza mokraće i analiza stolice)
- 2) RTG dijagnostika svih sustava
- 3) UZV – Color doppler svih krvnih žila i svih organa
- 4) magnetna rezonancija (MR) svih organa
- 5) kompjutorizirana tomografija (CT i MSCT) svih organa
- 6) mamografija
- 7) denzitometrija
- 8) neinvazivna kardiološka dijagnostika (UZV/CD srca, holter EKG, holter krvnog tlaka, ergometrija)
- 9) endoskopska dijagnostika bolesti probavnog sustava (gastroskopija, rektoskopija, kolonoskopija)
- 10) neurološka dijagnostika (EEG, EMNG)
- 11) citološka dijagnostika (punkcija površnih tumorskih tvorbi, PAPA razmazi, urini, eksprimati dojke, brisevi nosa na eozinofile, DKS).

Fakultativno, unutar sistematskog pregleda iz stavka (1) ovog članka, umjesto usluga pod točkama 5), 6), 7), 8) i 9), moguće je obaviti sljedeće usluge: antitijela štitnjače, hormone štitnjače, tumorske biljege, testiranje na HIV, status željeza, ispitivanje vida i ostale usluge iz cjenika Specijalne bolnice AGRAM koje se posebno ugovore.

Karenca

Članak 7.

(1) U prvoj osigurateljnoj godini ugovara se opća karenca od 15 dana od dana početka osiguranja.

(2) Ako osiguranik plati premiju za sljedeću osigurateljnu godinu u roku od 30 dana od dana dospijea, tada koristi pravo po polici u punom opsegu u sljedećoj osigurateljnoj godini, bez karence.

Isključenja iz osiguranja

Članak 8.

- (1) Ugovor o osiguranju ne obuhvaća hitne slučajeve u bilo kojem obliku (prometne nezgode i sl.).
- (2) Ugovor o osiguranju ne obuhvaća slučajeve koji nastaju zbog pokušaja samoubojstva ili samoranjavanja.
- (3) Ugovor o osiguranju ne obuhvaća slučajeve koji nastaju zbog operacije na srcu, krvnim žilama srca i mozgu (koronarni bypass, tumori mozga, intrakranijske aneurizme i A-V malformacije, aneurizme velikih krvnih žila i sl.), transplantacije organa, dijalize, umjetne oplodnje, proteze kuka, osim u slučajevima koji su izričito ugovoreni između osiguratelja i ugovaratelja osiguranja.
- (4) Obveza osiguratelja isključena je i u slučajevima koji nastanu zbog estetskih i kozmetičkih zahvata, djelovanja alkohola, narkotika i opijata te bolesti epidemijskih ili pandemijskih razmjera.
- (5) Obveza osiguratelja isključena je kod nastalih povreda zdravlja i troškova liječenja, zbog: medicinski neindiciranog prekida trudnoće, sterilizacije, eksperimentalnog liječenja, postupaka odvikavanja od ovisnosti bilo koje vrste, kao i slučajeva koji su posljedica sudjelovanja osigurane osobe u kriminalnoj djelatnosti.
- (6) Iz opsega pokriva (prava) po policama iz programa CLASSIC u cijelosti se isključuju sljedeće medicinske usluge:
 - 1) MSCT koronarografija
 - 2) određivanje krvne grupe
 - 3) usluge mikrobiološkog laboratorija
 - 4) usluge patohistološke dijagnostike
 - 5) fizikalna terapija i ozonoterapija
 - 6) kirurški zahvati.

Polica i teritorijalna valjanost osiguranja

Članak 9.

- (1) Polica se izdaje u jednom primjerku za razdoblje trajanja osiguranja.
- (2) Polica osiguranja sadrži: naziv osiguratelja, ime i prezime i adresu odnosno tvrtku i sjedište ugovaratelja osiguranja, OIB ugovaratelja, ime i prezime i adresu osigurane osobe i njena prava, OIB osigurane osobe, početak i istek osiguranja, premiju osiguranja i način plaćanja, mjesto i datum izdavanja police te potpise ugovornih strana.

Članak 10.

- (1) Ugovor o osiguranju sklopljen po ovim Uvjetima DZO-a vrijedi na području Republike Hrvatske.
- (2) U slučaju kada je posebno ugovoreno ugovor o osiguranju vrijedi u članicama Europske unije i Bosni i Hercegovini.

Početak, trajanje i prestanak osigurateljnog pokrića

Članak 11.

- (1) Ugovor o osiguranju sklapa se kao dugoročno odnosno višegodišnje osiguranje na razdoblje od jedne do pet godina.
- (2) Obveza osiguratelja počinje od 24. sata dana koji je u polici osiguranja označen kao dan početka osiguranja, ako je do tog dana plaćena premija i ako nije drugačije ugovoreno.
- (3) Kod ugovora o osiguranju sklopljenih na jednu ili više godina obveza osiguratelja prestaje po isteku 24. sata dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno.
- (4) U polici osiguranja mora biti naveden datum početka i isteka osiguranja.
- (5) Osigurateljno pokriće, za osigurateljnu godinu u kojoj je aktivirana polica odnosno korišteno pravo iz police, PRESTAJE, a time i obveza osiguratelja, kod svakog osiguranika na dan:
 - 1) obavljenog sistematskog pregleda odnosno mogućih indiciranih specijalističkih pregleda i/ili pretraga

unutar roka od 30 dana od dana aktiviranja police - u programu CLASSIC

- 2) iscrpljenosti svote osiguranja - za police iz programa EXCLUSIVE.
- (6) Nakon obavljenog sistematskog pregleda opisanog u stavku (5) točka 1) ovoga članka, Specijalna bolnica AGRAM dužna je osiguraniku izraditi i predati »Mišljenje o stanju zdravlja«.
- (7) Osigurateljno pokriće, a time i obveza osiguratelja, prestaje kod svakog osiguranika:
 - 1) kada je nastupila smrt osiguranika
 - 2) kada ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik obavijesti osiguratelja, trideset dana prije isteka osigurateljne godine, da raskida sklopljeni višegodišnji ugovor o osiguranju
 - 3) kada prestane postojati zakonska osnova za osiguranje.

Premija osiguranja

Članak 12.

- (1) Premija osiguranja je utvrđena cjenikom osiguratelja, a ovisi o visini standarda zdravstvene zaštite odnosno opsegu pokrića (prava), dobi osiguranika, dužini trajanja ugovora o osiguranju i zdravstvenom stanju osiguranika.
- (2) Starost (dob) osiguranika računa se razlikom između kalendarske godine početka trajanja osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika.
- (3) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu jednokratno i UNAPRIJED ili u ugovorenim rokovima i na način utvrđen u ponudi.
- (4) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je DOPLATAK na premiju osiguranja (kao FRANŠIZA ili udio osiguranika u šteti) kod indiciranih pregleda i/ili pretraga na sistematskom pregledu, platiti na dan kada se ti možebitni pregledi i/ili pretrage obave.
- (5) Ako je ugovoreno jednokratno plaćanje premije za cijelu osigurateljnu godinu unaprijed, premija dospijeva na naplatu

odmah s danom potpisivanja ugovora o osiguranju odnosno ponude.

- (6) Iznimno se plaćanje premije može ugovoriti obročno, ali ne u više od 4 (četiri) uzastopna obroka, s tim da se prvi obrok premije plaća potpisom ponude, odnosno police, ako se drugačije ne ugovori.
- (7) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen na razdoblje duže od jedne godine, a plaćanje premije osiguranja ugovoreno jednokratno unaprijed za svaku osigurateljnu godinu, ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik je dužan, trideset dana prije isteka tekuće osigurateljne godine, pismeno obavijestiti osiguratelja da raskida sklopljeni višegodišnji ugovor o osiguranju. U protivnom je dužan platiti premiju osiguranja i za narednu godinu koja slijedi nakon osigurateljne godine za koju je premija osiguranja bila plaćena.
- (8) Osiguratelj će primiti uplatu premije od svake osobe koja ima pravni interes da premija bude plaćena.
- (9) Kod sklapanja ugovora o osiguranju odnosno istovremenog ugovaranja deset i više polica osiguranja, ne primjenjuju se odredbe članka 13., 14. i 16. ovih Uvjeta DZO-a, ako nisu posebno (pismeno) ugovorene, ali se mogu se zajednički cjenovno vrednovati kroz komercijalni popust na ukupnu premiju osiguranja, koji odobrava osiguratelj.

Jednokratna premija

Članak 13.

- (1) Osiguranik koji je sklopio ugovor o osiguranju s trajanjem od tri do pet godina, može uplatu ukupne premije za cijelo vrijeme trajanja ugovora o osiguranju izvršiti odjednom (jednokratno), kod sklapanja ugovora o osiguranju. Ukupna premija za više godina trajanja ugovora tada se umanjuje za:
 - 1) 10% – kod ugovora o osiguranju na razdoblje od tri godine
 - 2) 15% – kod ugovora o osiguranju na razdoblje od četiri godine

- 3) 20% – kod ugovora o osiguranju na razdoblje od pet godina.

Obračun Bonusa i Malusa

Članak 14.

- (1) Osiguraniku se priznaje pravo na BONUS (poseban popust) kod sklapanja ugovora o osiguranju za ugovoreno osigurateljno razdoblje, u visini od:
 - 1) 10% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako je mlađi od 30 godina
 - 2) 5% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako je u dobi od 30 do 50 godina.
- (2) Osiguraniku se priznaje pravo na BONUS (poseban popust), i kod unaprijed (jednokratno) plaćene premije osiguranja za osigurateljnu godinu, u visini od:
 - 1) 5% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – za treću godinu neprekidnog trajanja ugovora o osiguranju
 - 2) 10% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – za četvrtu godinu neprekidnog trajanja ugovora o osiguranju
 - 3) 15% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – za petu godinu neprekidnog trajanja ugovora o osiguranju.
- (3) Osiguraniku se priznaje pravo na BONUS (poseban popust) kod uplate godišnje premije po sklopljenom ugovoru o osiguranju za police Lm, L, XL, XXL, S i G – ako nije AKTIVIRAO policu odnosno ako nije koristio prava iz police, u visini od:
 - 1) 15% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako nije aktivirao policu u prethodnoj osigurateljnoj godini
 - 2) 30% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako nije aktivirao policu u dvije i više osigurateljnih godina koje prethode osigurateljnoj godini.
- (4) Osiguraniku, imatelju polica SILVER i GOLD, zaračunava se MALUS (doplatak na

premiju) za narednu osigurateljnu godinu, uz istovremeni gubitak prava na svaki oblik bonusa, opisanih u ovom članku, u visini od:

- 1) 10% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako je u prethodnoj osigurateljnoj godini koristio pravo iz ugovora o osiguranju u visini 2/3 osigurane svote
- 2) 20% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako je u prethodnoj godini koristio pravo iz ugovora o osiguranju u visini ugovorene svote.

Iskaznica DZO-a

Članak 15.

- (1) Iskaznica DZO-a je isprava koju izdaje osiguratelj, a kojom se dokazuje status osigurane osobe u postupku ostvarivanja prava iz ugovora o osiguranju.
- (2) Odluku o izgledu i uvjetima izdavanja iskaznice DZO-a donosi Uprava osiguratelja.
- (3) Iskaznica se u pravilu izdaje za razdoblje trajanja osiguranja.
- (4) Iskaznica DZO-a vrijedi samo ako je plaćena premija osiguranja i vrijedi samo u Specijalnoj bolnici AGRAM i ugovornim ustanovama s kojima osiguratelj i/ili Specijalna bolnica AGRAM imaju zaključen poseban ugovor.
- (5) Osiguranik je dužan, bez odgađanja, pismeno prijaviti osiguratelju gubitak iskaznice. Osiguratelj će u tom slučaju osiguraniku izdati zamjensku iskaznicu uz naplatu troškova.

Posebne obveze osiguratelja

Članak 16.

- (1) Osiguratelj je dužan svim osiguranicima, kojima je prestalo osigurateljno pokriće u jednoj osigurateljnoj godini po članku 11. stavak (5) točka 1) i 2), odnosno ako nije koristio pravo (aktivirao policu) iz članka 5. stavka (4) ovih Uvjeta DZO-a, osigurati pravo na korištenje potrebnih medicinskih usluga u Specijalnoj bolnici AGRAM po Cjeniku

DZO-a u toj osigurateljnoj godini, na način da kao osiguratelj sudjeluje (PARTICIPACIJA AGRAM LIFE) u cijeni medicinske usluge koju Specijalna bolnica AGRAM naplaćuje osiguraniku, po Cjeniku DZO-a, u visini od:

- 1) 10% od cijene medicinske usluge – ako se radi o osiguraniku u prvoj osigurateljnoj godini kod osiguratelja
- 2) 20% od cijene medicinske usluge – ako se radi o osiguraniku u drugoj godini neprekidnog trajanja osiguranja kod osiguratelja
- 3) 30% od cijene medicinske usluge – ako se radi o osiguraniku u trećoj godini neprekidnog trajanja osiguranja kod osiguratelja
- 4) 40% od cijene medicinske usluge – ako se radi o osiguraniku u četvrtoj ili kasnijoj godini neprekidnog trajanja osiguranja kod osiguratelja.

- (2) Osiguratelj je dužan sudjelovati (participirati) u cijeni medicinske usluge, opisane u stavku (1) ovoga članka, samo pod uvjetom da je medicinska usluga bila nužna, o čemu svoje očitovanje daje ovlašteni liječnik, radi zaštite zdravlja navedene osobe koja plaća te usluge.
- (3) Osiguratelj je dužan vrijednost svog sudjelovanja (participacije) u cijeni medicinske usluge, a svog osiguranika, platiti Specijalnoj bolnici AGRAM u roku od 15 dana po prijemu zahtjeva za naplatu, jer se za iznos njegova sudjelovanja (participacije) umanjuje cijena za medicinske usluge koje Specijalna bolnica AGRAM naplati za sve svoje usluge.

Namjerna netočna prijava ili prešućivanje

Članak 17.

- (1) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti osiguratelju sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocjenu rizika i sklapanje ugovora.
- (2) Osigurana osoba dužna je dati istinito i ažurno sve podatke, kao i sve bitne

promjene, koje su od važnosti za ocjenu njenog zdravstvenog stanja i sklapanje ugovora o DZO-u, a najkasnije u roku od 15 dana, kada to prilikom sistematskog ili drugog pregleda zatraže ovlaštene liječnik Specijalne bolnice AGRAM ili ovlaštena osoba osiguratelja.

- (3) Ako je ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik prilikom sklapanja ugovora o osiguranju namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve prirode da osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, osiguratelj može zahtijevati poništenje ugovora tijekom prvih osamnaest mjeseci trajanja osiguranja. U slučaju poništenja ugovora, osiguratelj zadržava naplaćenu premiju i ima pravo zahtijevati uplatu premije za razdoblje za koje je tražio poništenje ugovora.
- (4) Pravo na poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako osiguratelj u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili prešućivanje ne izjavi ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

Članak 18.

- (1) Ako je ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, osiguratelj može, po svom izboru, u roku od trideset dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti ugovaranje odgovarajuće police osiguranja.
- (2) Ako ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ne prihvati prijedlog osiguratelja o ugovaranju odgovarajuće police, ugovor prestaje po isteku četrnaest dana nakon što je ugovaratelj osiguranja primio preporučeno pismo o prijedlogu za ugovaranje odgovarajuće police.
- (3) U slučaju raskida osiguratelj je dužan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

Razilaženja u mišljenju

Članak 19.

- (1) Ako osiguranik odnosno potrošač, za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, nije zadovoljan odlukama osiguratelja ili ako neko pregovaranje s osigurateljem nije dovelo do željenog rezultata, osiguranik odnosno potrošač može se obratiti pravobranitelju u osiguranju: Hrvatski ured za osiguranje, Pravobraniteljstvo za djelatnost osiguranja, Martićeva 73, 10 000 Zagreb, e-pošta: pravobranitelj@huo.hr, tel.: 01 469 66 00.
- (2) Pravobranitelj u osiguranju je neovisno i samostalno tijelo Mirenja koje radi besplatno za potrošače. Preduvjet za postupak mirenja pred pravobraniteljem je mogućnost osiguratelja da najprije preispita svoju odluku.

Način rješavanja sporova i uputa o podnošenju pritužbe

- (3) Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju zaključenom prema ovim Uvjetima, prvenstveno će sve svoje eventualne sporove sa osigurateljem, koji proizlaze ili su u vezi sa predmetnim ugovorom o osiguranju, u primjerenom odnosno zakonskom roku, nastojati riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka osiguratelja o izvansudskom rješavanju sporova.
- (4) Ako je ugovaratelj osiguranja nezadovoljan postupanjem osiguratelja ili odlukom osiguratelja, ima pravo podnošenja pritužbe kao izjave nezadovoljstva upućene osiguratelju, a koja se odnosi na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenja obveza iz ugovora o osiguranju.
- (5) Podnositelj pritužbe može biti osiguranik ili ugovaratelj osiguranja.
- (6) Podnošenje pritužbe je besplatno te nije potrebno angažirati odvjetnika za podnošenje pritužbe. Obrazac pritužbe dostupan je na internetskoj stranici osiguratelja www.agramlife.hr.

- (7) Pritužba može biti podnesena zbog:
- (a) postupanja osiguratelja odnosno osobe koja za osiguratelja obavlja poslove zastupanja u osiguranju
 - (b) odluke osiguratelja u vezi s ugovorom ili izvršavanjem ugovora o osiguranju.
- (8) Pritužba se može usmeno izjaviti na zapisnik kod osiguratelja na adresi sjedišta ili na adresi najbližeg prodajnog mjesta ili podnijeti putem pošte ili elektroničke pošte, prema dolje navedenim podacima na adresu pritužbe@agramlife.hr.
- (9) Pritužba obvezno treba sadržavati:
- (a) ime i prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno tvrtku, sjedište i ime i prezime odgovorne osobe, podnositelja pritužbe koji je pravna osoba
 - (b) razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe
 - (c) dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe kada ih je moguće priložiti, a može sadržavati isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se pritužba podnosi kao i prijedloge za izvođenje dokaza
 - (d) datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa
 - (e) punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.

Način postupanja po pritužbi i pravo na informiranost

- (10) Radi rješavanja po pritužbi, osiguratelj će stupiti u kontakt s podnositeljem pritužbe, a po potrebi zatražiti i dodatne informacije. Ako osiguratelj ne može riješiti pritužbu objasniti će podnositelju pritužbe razloge za isto.
- (11) Rok za pisani odgovor osiguratelja na pritužbu je 15 dana od dana primitka pritužbe, a iznimno, kada se odgovor ne može dati unutar roka, osiguratelj će obavijestiti o razlozima kašnjenja i naznačiti kada će istraga vjerojatno biti dovršena i kada će biti odgovoreno na pritužbu.

- (12) Odgovor na pritužbu osiguratelj će detaljno obrazložiti i potpisati.
- (13) Na zahtjev podnositelja pritužbe, osiguratelj će dati obavijest o zaprimljenoj pritužbi i tijeku postupka odlučivanja po pritužbi.
- (14) Ako se pritužba ne riješi ili bude prekinuta iz nekog drugog razloga, podnositelj pritužbe svoj predmet može iznijeti na sudu.
- (15) Ako se spor ne uspije riješiti u mirnom izvansudskom postupku uspostavljenom od strane osiguratelja, podnositelj pritužbe ima pravo izabrati daljnji pravni put.
- (16) Rješavanje pritužbi je odvojeno od rješavanja odštetnih zahtjeva kao i pojedinačnih zahtjeva za postupanje po ugovoru o osiguranju, odnosno zahtjeva za davanje informacija ili pojašnjenja.

Sudski spor

- (17) Za slučaj spora u provedbi prava i obveza iz sklopljenog ugovora o osiguranju, nastali spor će se prvenstveno rješavati na temelju sporazuma uz sklapanje izvansudske nagodbe o prijepornom odnosu.
- (18) Ako se nastali spor ne riješi sklapanjem izvansudske nagodbe u roku 15 dana od dana nastanka spora, za rješidbu spora ugovara se nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu.

Završne odredbe

Članak 20.

- (1) U slučaju potrebe izmjena i dopuna ovih Uvjeta, u slučaju promjene zakona kojima se uređuje djelatnost dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja toliko da bi ovi Uvjeti bili u suprotnosti s tim zakonima, kao i u slučaju bitnih promjena uvjeta na tržištu odnosno promjena uvjeta koji na bilo koji način utječu na ove Uvjete osiguranja, osiguratelj će donijeti potrebne izmjene ovih Uvjeta i cjenika i o njima obavijestiti osiguranike u roku od trideset dana, te ih pritom pozvati na potpisivanje aneksa ugovora.
- (2) Osiguranik ima pravo u roku od trideset dana nakon primitka izvješća o promijenjenim uvjetima osiguranja otkazati ugovor o

osiguranju. Ako se osiguranik ne odazove na pismeni poziv za potpisivanje aneksa ili ne otkáže ugovor, smatra se da je prihvatio predložene izmjene ugovora.

- (3) Kada je sklopljen višegodišnji ugovor o osiguranju svaka ugovorna strana može pismeno izjaviti da raskida ugovor, ali najmanje trideset dana prije kraja tekuće osigurateljne godine.
- (4) Za osiguranu osobu iz grupnog ili kolektivnog osiguranja kojoj bude prekinut ili sama prekine radni odnos, osiguranje se može nastaviti pod istim uvjetima na zahtjev osiguranika.
- (5) Na ugovor o osiguranju primjenjuju se obvezujuće odredbe Zakona o obveznim odnosima te odgovarajućih zakona kojima se uređuje DZO, a dispozitivne odredbe samo ako pitanja na koja se odnose ovim Uvjetima nisu drugačije regulirana.

Članak 21.

- (1) Ove Uvjete donosi i može izmijeniti Uprava osiguratelja.

Ovi Uvjeti DZO-a stupaju na snagu 1. kolovoza 2022. godine.

UPRAVA Društva
Broj: 02.04-043 e
Zagreb, 28. srpnja 2022.

