UVJETI ZA DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

AgramLife

UVJETI
ZA DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

OVAJ DOKUMENT SADRŽI:

- INFORMACIJE ZA KLIJENTA ILI UGOVARATELJA OSIGURANJA
- UVJETI ZA DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
  Broj: 02.02-02
- POSEBNI UVJETI ZA DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
  UZ DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
  Broj: 02.04-KLDZO-02
- POSEBNI UVJETI ZA OSIGURANJE OD NESRETNOG SLUČAJA
  UZ DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
  Broj: 01.01-KLNS-02

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, iskaznica 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 02.02-02 (dalje u tekstu: Uvjeti DopZO) 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.

Kada se Ugovor o osiguranju sklapa na daljinu isti se smatra sklopljenim plaćanjem premije osiguranja.

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

Ukoliko 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.

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.

MI možemo odbiti Vašu ponudu za osiguranje bez posebnih obrazloženja.

(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 osiguratelјnu godinu jednokratno i unaprijed ili u ugovorenim rokovima i na način utvrđen u ponudi.

Način plaćanja premije dodatno je reguliran u čl. 12. Uvjeta DopZO.

Na premiju osiguranja se prema trenutno važećim propisima ne obračunava porez na osiguranje niti 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 DopZO.

U istim rokovima kako je naznačeno čl. 7. Uvjeta DopZO 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 o osiguranju regulirani su čl. 11. 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 RH.

(8) NAČIN RJEŠAVANJA SPOROVA I POSTUPANJA PO PRITUŽBI

Sve eventualne sporove sa 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: http://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, elektronička pošta: prituzbe@agramlife.hr

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

Ukoliko spor ne uspijemo riješiti u mirnom izvansudskom postupku kod Nas, sudsku zaštitu možete ostvariti pred redovnim sudom RH.

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 svezi sklopljenih ugovora 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, faks 01 481 14 06.

UVJETI
ZA DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
Broj: 02.02-02

OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Ovim se Uvjetima uređuju vrste, uvjeti i način provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja u oblicima (vrstama) kao dobrovoljno dopunsko zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: Uvjeti DopZO).

(2) Uvjeti DopZO čine sastavni dio Ugovora o dobrovoljnom dopunskom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu: Ugovor o osiguranju) kojeg VI kao ugovaratelj/osiguranik sklapate sa nama kao osiguratelјem.

(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) i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.

(4) Ovi Uvjeti DopZO sadrže i Posebne uvjete za dodatno zdravstveno osiguranje i Posebne uvjete za osiguranje od nesretnog slučaja ako je ugovoreno na polici dopunskog zdravstvenog osiguranja.

ŠTO ZNAČE POJEDINI IZRAZI U VAŠEM UGOVORU

Članak 2.

Pojedini pojmovi, u smislu ovih Uvjeta DopZO, 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 članka 19. i 20. ZOZO-a.[1] i Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu: ZDZO)[2].

(3) »Osiguratelj ili MI« — AGRAM LIFE osiguranje d.d. (OIB: 18742666873) kao društvo za osiguranje s kojim je sklopljen Ugovor o osiguranju.

(4) »Ugovaratelj osiguranja« — osoba (fizička ili pravna) koja je s osiguratelјem sklopila Ugovor o osiguranju.

(5) »Osiguranik ili VI« – fizička osoba koja ostvaruje prava iz Ugovora o osiguranju.

(6) »Osigurani slučaj« — događaj koji se veže za dan korištenja prava iz ugovora o osiguranju u jednoj osiguratelјnoj godini.

(7) »Polica« — isprava o ugovoru o osiguranju

(8) »Iskaznica« — isprava izdana od osiguratelja, kojom se dokazuje status osiguranika iz Ugovora o osiguranju i s kojom osiguranik ostvaruje prava iz ugovora o osiguranju.

(9) »Premija osiguranja« — iznos kojeg ugovaratelj plaća osiguratelju za svaku osiguratelјnu godinu temeljem Ugovora o osiguranju i ovih Uvjeta DopZO.

(10) »Trajanje osiguranja« — vremensko razdoblje za koje je sklopljen Ugovor o osiguranju.

(11) »Karenca« — razdoblje od početka osiguranja u kojemu osigurana osoba još ne može početi ostvarivati prava iz sklopljenog Ugovora o osiguranju.

(12) »HZZO« — Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje kao ustanova koja temeljem ZOZO-a obavlja poslove provedbe prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

(13) »UGOVOR na daljinu« — ugovor sklopljen između osiguratelja i ugovaratelja osiguranja putem internetske stranice osiguratelja bez istodobne fizičke prisutnosti osiguratelja ili posrednika u osiguranju i ugovaratelja.

OD ČEGA SE SASTOJI VAŠ UGOVOR O OSIGURANJU

Članak 3.

(1) Vaš Ugovor o osiguranju se sastoji od:

1) police osiguranja sklopljene s nama i

2) ovih Uvjeta osiguranja i

3) iskaznice.

[1] Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju NN 80/13., izmjene i dopune 137/13., 98/19, 33/23.
[2] Zakon o dobrvoljnom zdravstvenom osiguranju NN 85/06., 150/08., 71/10., 53/20., 120/21, 23/23.

Na koji način sklapamo ugovor

Članak 4.

(1) Ugovor o osiguranju sklapamo na temelju ponude i/ili uplatom premije. Ugovor je valjan, ako smo Vam predali uvjete osiguranja i policu/ponudu osiguranja. Svi pisani dodaci ponudi također su sastavni dio Ugovora o osiguranju.

(2) Pisana ponuda za sklapanje Ugovora o osiguranju koju ste VI ili ugovaratelj dostavili nama, obvezuje Nas 15 dana od dana dostave ponude ako u ponudi nije naznačen neki drugi rok.

(3) Ako VI ili ugovaratelj, u roku za koji ponuda obvezuje Nas kao osiguratelja, tu ponudu prihvatite, smatra se da je sklopljen Ugovor o osiguranju kada smo zaprimili prihvaćenu (potpisanu) ponudu i/ili kada ste VI ili ugovaratelj izvršili uplatu premije u iznosu i na način kako je naznačeno na ponudi.

(4) Ugovor o osiguranju može biti sklopljen samim plaćanjem premije osiguranja ako je to izričito navedeno na ponudi ili polici osiguranja.

Tko može biti osiguran

Članak 5.

(1) Osiguranikom mogu biti samo osobe koje imaju utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju i koje nisu oslobođene plaćanja premije/doplate.

(2) Po ovim Uvjetima DopZO, VI kao osiguranik morate biti stariji od 18 godina i mlađi od 75 godina.

(3) Vašu starost (dob) računamo kao razliku između kalendarske godine početka trajanja osiguranja i kalendarske godine Vašeg rođenja.

Što je pokriveno ugovorom o osiguranju

Članak 6.

(1) Ovim Ugovorom o osiguranju za dopunsko zdravstveno osiguranje osiguravamo pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno važećem ZOZO što obuhvaća:

1) 20 % pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od postotka proračunske osnovice za:
   1) specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 1,00 % proračunske osnovice;
   2) specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 2,00 % proračunske osnovice;
   3) ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala – 2,00 % proračunske osnovice;
   4) specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 1,00 % proračunske osnovice po danu;
   5) liječenje u drugim državama članicama i trećim državama sukladno propisima EU, međunarodnom ugovoru, Direktivi 2011/24/EU, ZOZO-u i općem aktu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ako propisima EU, ili međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;
   6) troškove bolničke zdravstvene zaštite – 4,01 % proračunske osnovice po danu;
   7) dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala Zavoda za odrasle osobe u dobi od 18 do 65 godina – 40,09 % proračunske osnovice;
   8) dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala Zavoda za osobe starije od 65 godina – 20,04 % proračunske osnovice;
2) u visini od 0,30% proračunske osnovice za:
   1) zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i stomatologije sukladno općem aktu HZZO;
   2) izdavanje lijeka po receptu.

(2) Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovoga članka koji se osigurava ovim Ugovorom o osiguranju po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog

osiguranja utvrđen je odredbama ZOZO i može iznositi najviše do 120,26 % proračunske osnovice.

(3) Ukoliko smo dodatno ugovorili, Ugovorom o osiguranju ćemo pokriti i troškove za lijekove (doplatu) s Dopunske liste lijekova HZZO-a, a koja predstavlja razliku između pune cijene lijeka utvrđenog Dopunskom listom lijekova HZZO-a i iznosa kojeg pokriva obvezno zdravstveno osiguranje utvrđenog osnovnom listom lijekova HZZO. Prema ovim Uvjetima DopZO, ugovara se limit pokrića brojem pakiranja po jednom lijeku ili svotom osiguranja, u jednoj osiguateljnoj godini, koji iznos ćemo naznačiti na ponudi/polici osiguranja.

(4) Kada VI koristite prava iz Ugovora o osiguranju temeljem iskaznice u skladu s odredbama ZOZO, MI kao osiguratelj naknadu iz osiguranja isplaćujemo HZZO odnosno zdravstvenoj ustanovi u kojoj ste koristili ta prava.

(5) Iznimno, ukoliko ste prava iz Ugovora o osiguranju koristili bez iskaznice ali za vrijeme trajanja valjanog Ugovora o osiguranju sklopljenog po ovim Uvjetima DopZO i sami ste platili troškove zdravstvene zaštite (sudjelovanja), MI ćemo Vam isplatiti sve medicinski opravdane troškove koji glase na Vaše ime kao osiguranika, u postupku refundacije sukladno članku 14. ovih Uvjeta DopZO.

Karenca

Članak 7.

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

(2) Iznimno, kad obnavljate ugovor s prekidom osiguranja kraćim od 30 dana, te kada VI ili ugovaratelj ugovarate osiguranje pod ovim Uvjetima DopZO unutar razdoblja od 30 dana od isteka osiguranja kod drugog osiguratelja/ HZZO, ne primjenjuje se odredba iz stavka 1. ovog članka.

(3) Temeljem ovih Uvjeta DopZO, MI imamo pravo od Vas zatražiti dokaze o prethodno sklopljenom osiguranju radi korištenja prava iz osiguranja bez karence. Ukoliko se utvrdi da Vam takva prava po ugovoru ipak ne pripadaju, nismo obvezni izvršiti povrat troškova nastalih za vrijeme karence.

Što nije osigurano

Članak 8.

(1) Ugovorom o osiguranju nisu osigurane bolesti i stanja odnosno troškovi nastali uslijed:

1) terorizma, ratnih prilika, proglašenih ili neproglašenih građanskih ratova, terorističkih akcija, revolucija, masovnih nereda ili bilo kojih vojnih operacija,
2) potresa,
3) bolesti epidemijskih ili pandemijskih razmjera,
4) djelovanja nuklearnog oružja, odnosno radioaktivnog zračenja bez medicinske svrhe,
5) liječenja koja su počela prije početka Ugovora o osiguranju.

Polica i teritorijalna valjanost osiguranja

Članak 9.

(1) Polica osiguranja 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 osiguranja, premiju osiguranja i način plaćanja, mjesto i datum izdavanja police te potpise ugovornih strana.

(3) Iznimno, polica osiguranja sadrži i istek osiguranja ako je osiguranje sklopljeno na određeni vremenski rok.

(4) Broj police ujedno je i broj iskaznice.

Članak 10.

(1) Ugovor o osiguranju po ovim Uvjetima DopZO pruža pokriće za Vaše troškove nastale na području Republike Hrvatske.

(2) Iznimno, pokriveni su troškovi Vašeg liječenja u drugim državama članicama i trećim državama sukladno propisima EU, međunarodnom ugovoru, ZOZO-u i općem

aktu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje pod uvjetom da je dostavljena odluka HZZO kojim se odobrava Vaše liječenje izvan Republike Hrvatske.

Početak, trajanje i prestanak osiguratelnog pokrića

Članak 11.

(1) Osiguratelna zaštita počinje tek kada ste platili dospjelu, prvu ili jednokratnu premiju, navedenu u Vašoj polici osiguranja, no ne prije ugovorenoga početka osiguranja u polici.

(2) Ugovor o osiguranju sklapamo kao dugoročno osiguranje, pri čemu je u polici osiguranja naveden samo početak osiguranja, a osiguranje se produljuje iz godine u godinu sve dok ga jedna ugovorna strana ne otkaže. Ugovor o osiguranju raskida se nastankom nekog od sljedećih događaja:
   1) smrt osiguranika
   2) kada VI navršite 75 godina života
   3) kada VI izgubite status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju
   4) kašnjenjem u plaćanju dospjele premije kako je navedeno u članku 12., stavak 10. ovih Uvjeta DopZO
   5) Vašim otkazom osiguranja dostavljenim pisanim putem najmanje 90 dana prije isteka tekuće osiguratelne godine.

(3) U polici osiguranja i iskaznici mora biti naveden datum početka osiguranja.

(4) Iznimno, u polici osiguranja i iskaznici biti će naveden i datum isteka osiguranja ako je osiguranje sklopljeno na određeni vremenski rok pri čemu taj određeni vremenski rok ne može biti kraći od 1 (jedne) godine.

(5) Ako je osiguranje sklopljeno na određeni vremenski rok osiguratelna zaštita prestaje po isteku 24-og sata dana koji je u polici osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.

Premija osiguranja

Članak 12.

(1) Premiju osiguranja za troškove zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno važećem ZOZO kao i premiju za dodatno pokriće troškova lijekova (doplatu) s Dopunske liste lijekova HZZO utvrđujemo za svaku osiguratelnu godinu Našim Cjenikom, a ovisi o opsegu pokrića (prava), dobnom razredu kojem pripadate i Vašem zdravstvenom stanju.

(2) Ovisno o Vašem dobnom razredu odnosno Vašoj starosti možete pripadati u jedan od niže navedenih razreda:
   I. osobe od 18 do 30 godina,
   II. osobe od 31 do 40 godina,
   III. osobe od 41 do 50 godina,
   IV. osobe od 51 do 60 godina,
   V. osobe od 61 do 70 godina,
   VI. osobe starije od 70 godina.

(3) Godišnja premija osiguranja mijenja se na početku osiguratelne godine u kojoj VI kao osiguranik prijeđete u viši dobni razred. Vašu dob računamo kao razliku između kalendarske godine u kojoj počinje nova osiguratelna godina i kalendarske godine Vašeg rođenja.

(4) Premija osiguranja, plaća se uvijek pri sklapanju Ugovora o osiguranju, jednokratno i UNAPRIJED ili u ugovorenim rokovima i na način utvrđen u ponudi.

(5) Ukoliko tijekom trajanja Ugovora o osiguranju, nastupi promjena zakonske osnove iz ZOZO kojom se mijenja proračunska osnovica i/ili opseg osiguratelnog pokrića (Naše obveze), MI će izvršiti izmjenu iznosa premije osiguranja u skladu s ovim uvjetima DopZO.

(6) Ako smo ugovorili jednokratno plaćanje premije za cijelu osiguratelnu godinu unaprijed, premija dospijeva na naplatu odmah s danom sklapanja Ugovora o osiguranju.

(7) Iznimno, plaćanje premije možemo ugovoriti kao obročno plaćanje u više obroka, pri čemu prvi ugovoreni obrok premije uvijek mora biti plaćen pri sklapanju Ugovora o osiguranju.

(8) Ukoliko je plaćanje premije ugovoreno kao obročno, plaćanje u ugovorenim rokovima smatra se bitnim sastojkom Ugovora o osiguranju, radi čega svako kašnjenje u plaćanju ugovorenih obroka premije može uzrokovati gubitak Vašeg osiguratelnog pokrića i dati nama pravo na raskid Ugovora o osiguranju.

(9) U svakom slučaju, ukoliko ugovaratelj kasni s plaćanjem dospjele premije više od 60 dana, VI nećete ostvarivati pravo na osiguranje pokriće.

(10) Ako ugovaratelj premiju koja je dospjela nakon sklapanja Ugovora o osiguranju ne plati o dospjelosti - niti to učini koja druga zainteresirana osoba – Ugovor o osiguranju prestaje po samom Zakonu o obveznim odnosima (dalje u tekstu: ZOO) nakon isteka roka od 30 (trideset) dana od dana od kada je ugovaratelju uručeno Naše preporučeno pismo s obaviješću o dospjelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 (trideset) dana od dospjelosti premije.

Iskaznica

Članak 13.

(1) Iskaznica je isprava koju MI izdajemo Vama, kako bi dokazivali status osiguranika i s kojom VI ostvarujete prava iz ugovora o osiguranju. Iznimno, ako smo sklopili Ugovor o osiguranju, sve do dana izdavanja iskaznice, VI ćete svoja prava (status osigurane osobe) dokazivati policom osiguranja.

(2) Iskaznica je isprava koju MI izdajemo Vama, kako bi dokazivali status osiguranika i s kojom VI ostvarujete prava iz ugovora o osiguranju. Iznimno, ako smo sklopili Ugovor o osiguranju, sve do dana izdavanja iskaznice, VI ćete svoja prava (status osigurane osobe) dokazivati policom osiguranja.

Iskaznicu ćemo u pravilu izdati s datumom početka osiguranja i ona će trajati za cijelo vrijeme dok traje Ugovor o osiguranju.

Iznimno, na iskaznici će biti naveden i datum isteka osiguranja ako smo Ugovor o osiguranju sklopili na određeni vremenski rok pri čemu taj određeni vremenski rok ne može biti kraći od 1 (jedne) godine.

Kod sklapanja grupnog Ugovora o osiguranju odnosno istovremenog ugovaranja deset ili više polica osiguranja, MI ćemo izdati jednu policu osiguranja/Ugovor o osiguranju i iskaznice za sve osiguranike koji su obuhvaćeni takvom policom osiguranja/Ugovorom o osiguranju.

(3) Iskaznica glasi uvijek na Vaše ime i nije prenosiva.

(4) Morate imati na umu da iskaznica vrijedi samo ako je plaćena premija osiguranja. U slučaju prestanka/raskida Ugovora o osiguranju, dužni ste nam vratiti iskaznicu

(5) Također, svaki gubitak iskaznice dužni ste nam bez odgađanja pismeno prijaviti, nakon čega ćemo Vam izdati zamjensku iskaznicu, ali uz naplatu troškova.

Kako se utvrđuje osigurnina (naknada za štetu)

Članak 14.

(1) Prema ovim Uvjetima DopZO i temeljem odredbi ZOZO i ZDZO, ukoliko ste VI prava iz Ugovora o osiguranju koristili temeljem valjane iskaznice, pravo na naknadu troškova ostvaruje zdravstvena ustanova u kojoj ste koristili prava, odnosno HZZO.

(2) Ukoliko ste troškove sudjelovanja VI platili sami, tada ste radi refundacije, dužni Nama postaviti odštetni zahtjev u roku 30 (trideset) dana od izvršene usluge, dostavom računa izdanog na Vaše ime, poštom ili elektronskom poštom.

(3) Želimo Vam skrenuti pažnju da temeljem ovih Uvjeta DopZO, priznajemo samo one troškove koji imaju utvrđen datum pružanja usluge i koja je izvršena temeljem valjane liječničke uputnice, recepta, doznake ili rješenja HZZO.

(4) Ukoliko nam je dostavljena potpuna i ispravna medicinska dokumentacija, MI ćemo svoju obvezu prema Vama ispuniti u roku 14 (četrnaest) dana od primitka tako dostavljenog potpunog odštetnog zahtjeva

(5) Ako nam je za utvrđivanje postojanja ili visine Naše obveze potrebno stanovito vrijeme (pribava medicinske dokumentacije, doznaka, kontrola računa i sl.) MI ćemo, ako za to postoje osnove, Našu obvezu ispuniti u roku 30 (trideset) dana od primitka odštetnog zahtjeva ili Vas obavijestiti u istom roku da Vaš zahtjev nije osnovan.

(6) U postupku utvrđivanja osnovanosti i visine odštetnog zahtjeva, dužni ste nam dopustiti objektivno prihvatljivu istragu i dostaviti medicinsku i svu ostalu dokumentaciju kojom

raspolažete, a koja je nužna za donošenje odluke po postavljenom zahtjevu i liječnike koji provode liječenje osloboditi od obveze diskrecije, odnosno obveze čuvanja liječničke tajne.

Naše pravo na regres

Članak 15.

(1) Ukoliko smo MI kao osiguratelj temeljem članka 14., stavak 1. ovih Uvjeta DopZO naknadili troškove, a naknadno smo utvrdili da:

1) VI kao osiguranik nemate pravo na iskaznicu,
2) Vam je trajanje iskaznice (Ugovora o osiguranju) isteklo,
3) Vam je ugovor o osiguranju raskinut,
4) nemate pravo na izvršene usluge,
5) nisu izvršene usluge za koje smo isplatili naknadu,

tada MI kao osiguratelj po samom ZOO imamo pravo regresa prema Vama u visini isplaćenog iznosa, uvećanog za Naše troškove i kamate.

Namjerna netočna prijava ili prešućivanje

Članak 16.

(1) Ugovaratelj osiguranja odnosno VI dužni ste prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju prijaviti nama sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocjenu rizika i sklapanje ugovora o osiguranju.

(2) VI ste dužni dati istinito i ažurno sve podatke, kao i sve bitne promjene, koje su od važnosti za ocjenu Vašeg zdravstvenog stanja i sklapanje Ugovora o osiguranju najkasnije u roku od 15 (petnaest) dana, kada to zatraži Naša ovlaštena osoba.

(3) Ako je ugovaratelj odnosno VI prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve prirode da MI ne bi sklopili Ugovor o osiguranju da smo znali za pravo stanje stvari, MI možemo zahtijevati poništenje ugovora o osiguranju tijekom prvih 18 (osamnaest) mjeseci trajanja Ugovora o osiguranju. U slučaju poništenja Ugovora o osiguranju, MI ćemo zadržati naplaćenu premiju i imamo pravo zahtijevati uplatu premije za razdoblje za koje ste tražili poništenje Ugovora o osiguranju.

(4) Pravo na poništenje Ugovora o osiguranju prestaje ako MI u roku od 3 (tri) mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili prešućivanje ne izjavimo ugovaratelju osiguranja ili Vama da se namjeravamo koristiti tim pravom.

Članak 17.

(1) Ako je ugovaratelj odnosno VI učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, MI možemo, po svom izboru, u roku od 30 (trideset) dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskidamo Ugovor o osiguranju ili predložiti povećanje premije osiguranja razmjerno riziku.

(2) Ukoliko ugovaratelj odnosno VI ne prihvatite Naš prijedlog o povećanju premije osiguranja, Ugovor o osiguranju prestaje po isteku 14 (četrnaest) dana nakon što je ugovaratelj osiguranja odnosno VI zaprimi Naš prijedlog.

(3) U slučaju raskida MI smo dužni vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

Uputa o podnošenju i pristupanju po pritužbi i način rješavanja sporova

Članak 18.

(1) Ako ste VI ili druga zainteresirana osoba koja ima prava i obveze iz Ugovora o osiguranju ili korisnik usluga posredovanja u osiguranju i reosiguranju i zastupanju u osiguranju nezadovoljni Našim postupanjem ili našom odlukom imate pravo podnošenja pritužbe.

(2) Pritužba obvezno treba sadržavati:

1) 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,
2) razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe,
3) 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,

4) datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa,

5) punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.

Radi rješavanja po pritužbi, osiguratelj će stupiti u kontakt s podnositeljem pritužbe, a po potrebi zatražiti i dodatne informacije.

(3) Rok za Naš pisani odgovor na pritužbu je 15 (petnaest) dana od dana primitka pritužbe, a iznimno, kada se odgovor ne može dati unutar roka, MI ćemo Vas obavijestiti o razlozima kašnjenja i naznačiti kada će istraga vjerojatno biti dovršena i kada će biti odgovoreno na pritužbu.

(4) O pritužbi odlučuje osoba ovlaštena za rješavanje pritužbi imenovana od strane Društva.

(5) Ukoliko se pritužba ne uspije riješiti u mirnom izvansudskom postupku na gore izloženi način, podnositelj pritužbe ima pravo izabrati daljnji pravni put.

(6) U tom slučaju možete se obratiti pravobranitelju u osiguranju: Hrvatski ured za osiguranje, Pravobraniteljstvo za djelatnost osiguranja, Martićeva 71, 10000 Zagreb, e-pošta: pravobranitelj@huo.hr, tel. 01 469 66 00, faks 01 469 66 60 ili uputiti predstavku Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga.

Sudski spor

(1) 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.

(2) Ukoliko se nastali spor ne riješi sklapanjem izvansudske nagodbe u roku 15 (petnaest) dana od dana nastanka spora, za rješidbu spora ugovara se nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu.

Završne odredbe

Članak 19.

(1) U slučaju potrebe izmjena i dopuna ovih Uvjeta DopZO, u slučaju promjene zakona kojima se uređuje djelatnost i opseg dopunskog zdravstvenog osiguranja toliko da bi ovi Uvjeti DopZO 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, MI ćemo donijeti potrebne izmjene ovih Uvjeta DopZO i Cjenika i o njima obavijestiti ugovaratelja osiguranja ili Vas u roku od 30 (trideset dana), te pritom pozvati na potpisivanje aneksa ugovora.

(6) VI imate pravo u roku od 30 (trideset) dana nakon primitka izvješća o promijenjenim uvjetima osiguranja otkazati Ugovor o osiguranju. Ako se ne odazovete na pismeni poziv za potpisivanje aneksa ili ne otkažete Ugovor o osiguranju, smatra se da ste prihvatili predložene izmjene Ugovora o osiguranju.

(7) Ukoliko ste VI osigurani temeljem grupnog osiguranja koji bude prekinut ili Vam prestane radni odnos kod ugovaratelja, osiguranje se može nastaviti pod istim uvjetima na Vaš zahtjev.

(8) Na Ugovor o osiguranju primjenjuju se obvezujuće odredbe Zakona o obveznim odnosima te odgovarajućih zakona kojima se uređuje Dopunsko zdravstveno osiguranje, a dispozitivne odredbe samo ako pitanja na koja se odnose ovim Uvjetima DopZO nisu drugačije regulirana.

Članak 20.

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

(2) Ovi Uvjeti DopZO stupaju na snagu 01. studenog 2024. godine i primjenjuju se na sve ugovore o osiguranju sklopljene od 01. studenog 2024. godine.

Uprava Društva
Broj: 02.02-02

Zagreb, 25. listopada 2024.

POSEBNI UVJETI ZA DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE UZ DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Broj: 02.04-KLDZO- 02

Članak 1.

(1) Ovim Posebnim uvjetima za dodatno zdravstveno osiguranje uz dopunsko zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Klauzula DZO) utvrđujemo prava i obveze koje za Vas kao ugovaratelja/osiguranika i Nas kao osiguratelja nastaju temeljem dodatnog zdravstvenog osiguranja koje smo ugovorili na polici dopunskog zdravstvenog osiguranja.

(2) Temeljem ove Klauzule DZO, MI osiguravamo 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 (dodatno zdravstveno osiguranje).

(3) Prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se isključivo u Specijalnoj bolnici Agram.

(4) Kako bi koristili prava temeljem ove Klauzule DZO, Vi morate kao ugovaratelj/osiguranik imati valjanu policu dopunskog zdravstvenog osiguranja sklopljenu isključivo s nama.

Članak 2.

(1) Dodatno zdravstveno osiguranje sklapamo na polici dopunskog zdravstvenog osiguranja, istovremeno s dopunskim zdravstvenim osiguranjem.

(2) Početak, trajanje i prestanak osigurateljnog pokrića dodatnog zdravstvenog osiguranja uvijek prati pravnu sudbinu police dopunskog zdravstvenog osiguranja.

(3) Dodatno zdravstveno osiguranje, u smislu ove Klauzule DZO, obuhvaća:

1) Laboratorijske pretrage u Specijalnoj bolnici AGRAM: KKS, glukoza, AST, ALT, kolesterol, trigliceridi i urin – kompletan pregled i
2) jedan klinički pregled ovlaštenog liječnika Specijalne bolnice AGRAM.

(4) Pravo na obavljanje prethodno navedenih pretraga ili pregleda osiguranik ostvaruje jednom u jednoj osigurateljnoj godini.

(5) Dodatno zdravstveno osiguranje, u smislu ove Klauzule DZO obuhvaća također i:

1) obavljanje zdravstvenih usluga u Specijalnoj bolnici AGRAM uz popust od 10 % na tržišnu cijenu obavljene usluge;
2) Broj usluga koje osiguranik može obaviti uz prethodno navedeni popust u jednoj osigurateljnoj godini nije ograničen.

Vaš status osiguranika prilikom korištenja prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja u skladu s ovom Klauzulom DZO, dokazujete valjanom policom/iskaznicom dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Članak 3.

Za sva ostala prava i obveze koja nismo regulirali ovom Klauzulom DZO, primjenjuju se Uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja broj 02.02-02.

Članak 4.

(1) Ovu Klauzulu DZO donosi i može izmijeniti Uprava osiguratelja.

(2) Ova Klauzula DZO stupa na snagu 01. studenog 2024. godine i primjenjuju se na sve ugovore o osiguranju sklopljene od 01. studenog 2024. godine.

Uprava Društva
Broj: 02.04-KLDZO-02

Zagreb, 25. listopada 2024.

POSEBNI UVJETI ZA OSIGURANJE OD NESRETNOG SLUČAJA UZ DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Broj: 01.01-KLNS- 02

Članak 1.

(1) Ovim Posebnim uvjetima za osiguranje od nesretnog slučaja uz dopunsko zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Klauzula NS) utvrđujemo prava i obveze koje za Vas kao ugovaratelja/osiguranika i Nas kao osiguratelja nastaju temeljem osiguranja od nesretnog slučaja koje smo kao dodatno pokriće ugovorili na polici dopunskog zdravstvenog osiguranja.

(2) Temeljem ove Klauzule NS, MI osiguravamo Vas od posljedica nastupanja rizika nesretnog slučaja. Nesretni slučaj u smislu ove Klauzule NS, predstavlja svaki iznenadni, neočekivani i od volje ugovaratelja, osiguranika i korisnika neovisan događaj, koji djelujući izvana i naglo na tijelo osiguranika uzrokuje posljedicu smrti, trajne invalidnosti, privremene nesposobnosti za rad ili narušenje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć.

(3) Temeljem ove Klauzule NS, nesretnim slučajem smatraju se sljedeći događaji:

1) gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, pokliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubod kakvim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta osim ako je takvim ubodom prouzročena kakva infektivna bolest;
2) trovanje hranom ili kemijskim sredstvima iz neznanja osiguranika osim u slučaju profesionalnih bolesti;
3) trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para osim u slučaju profesionalnih bolesti;
4) infekcija ozljede prouzročene nesretnim slučajem;
5) opekline izazvane djelovanjem vatre ili električne energije, vrućim predmetom, kiselinama, lužinama, vodenom parom ili kipućom vodom;
6) davljenje, utapanje, gušenje predmetom ili tvarima;
7) gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja [zemljom, pijeskom i sl.];
8) istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastanu uslijed naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima ukoliko je to nakon ozlijede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi;
9) djelovanje rendgenskih ili radijskih zraka, ako nastupi naglo i iznenada, osim u slučaju profesionalnih bolesti.

(4) Temeljem ove Klauzule NS, nesretnim slučajem NEĆE se smatrati sljedeći događaji:

1) zarazne, profesionalne i pandemijske bolesti, kao i posljedice psihičkih utjecaja;
2) trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu zbog izravnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je nakon ozljede utvrđena traumatska kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena ozljeda mekih dijelova trbušnog zida u tom području;
3) infekcije i bolesti koje nastanu zbog raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože;
4) anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju radi nastalog nesretnog slučaja;
5) hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloze, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, ishialgija, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko križne regije označene analognim terminima;
6) odljepljenje mrežnice [ablatio retinae] prethodno bolesno ili degenerativno promijenjenog oka, a izuzetno se priznaje odljepljenje mrežnice prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi izravne vanjske ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi;

7) posljedice koje nastanu zbog delirijum tremensa i djelovanja droga;
8) posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se poduzimaju u svrhu liječenja ili preventive radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane greške medicinskog osoblja [vitium artis];
9) patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize;
10) sustavne neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti;
11) nesretni slučajevi koje uzrokuje ili kojima je prethodila srčana kljenut (infarkt) ili moždani udar - srčana se kljenut (infarkt) ili moždani udar ni u kojem slučaju ne smatraju posljedicom nesretnog slučaja.

Članak 2.

(1) Ovim osiguranjem isključene su sve Naše obveze (nije pokriveno osiguranjem) koje su posljedice:

1) namjere Vas kao ugovaratelja, osiguranika ili korisnika osiguranja;
2) potresa;
3) rata, ratnih operacija, pobuna ili ratu sličnim događajima, građanskog rata, revolucije, ustanka, zbog detonacije eksploziva, mina, torpeda, bomba ili pirotehničkih sredstava u okolnostima iz ove točke;
4) terorističkim djelovanjima tj. aktima terora i drugim aktima nasilja, kako bi se postigli ciljevi koji su općenito politički, vjerski ili ideološki;
5) unutarnjih nemira i nereda, navijačkih izgreda i sl. ako je ugovaratelj bio na strani izazivača nereda;
6) pri upravljanju letjelicama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene dozvole za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila;
7) pri obavljanju slijedećih zanimanja: pirotehničari minsko-eksplozivnih sredstava, sva zanimanja povezana s rukovanjem eksplozivom i eksplozivnim napravama i materijalima, vatrogasci, spasioci i sudionici ekspedicija, ronioci, djelatnost tjelesne zaštite;
8) skokova padobranom, paraglidinga, automobilskih, motociklističkih, motonautičkih, skijaških, konjičkih i drugih sličnih brzinskih utrka i vožnja, kao i treninga za iste, alpinizma, base i bangee jumpinga, snow boardinga ili skijanja izvan skijaških staza, borilačkih sportova, jahanja, ronjenja, speleologije i bilo kojeg profesionalnog bavljenja sportom;
9) zbog pokušaja ili izvršenja samoubojstva;
10) pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju kaznenog dijela, kao i pri pokušaju ili bijegu poslije takve radnje;
11) zbog djelovanja alkohola i/ili narkotičkih sredstava na osiguranika, bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe za nastanak nesretnog slučaja. Smatra se da je nesretni slučaj nastao uslijed djelovanja alkohola ako je poslije nastanka nesretnog slučaja utvrđena koncentracija viša od 0,50 ‰ kod vozača, a kod ostalih 0,80 ‰ alkohola u krvi, a u ovakvim slučajevima ne postoji obveza osiguratelja samo, ako je takvo alkoholizirano stanje osiguranika imalo uzročnu vezu s nastankom nesretnog slučaja;
12) događaja uzrokovanih nuklearnim oružjem, cijepanjem jezgre atoma ili zračenjem, umjetno uzrokovanim ubrzanjem atomskih čestica ili izlaganjem ionizirajućem zračenju iz bilo kojeg izvora;
13) aktivnog sudjelovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoobrane;
14) trudnoće, poroda ili pobačaja koji nije medicinski indiciran;
15) tjelesnih povreda tijekom liječenja ili operacijskih zahvata kada ih osiguranik sam inicira (uključivo i estetske zahvate) ako nisu bili neophodni za zdravlje osiguranika ili nužni nakon nastanka nesretnog slučaja;

16) prekomjerne upotreba lijekova, izvan propisanih doza od strane liječnika ili ljekarnika;
17) bilo kakvog medicinskog postupka koji je poduzeo neovlašteni liječnik;
18) obveze služenja vojnog roka ili obveze služenja u vojnoj pričuvi;
19) putovanja u zemlje pod rizikom zbog klimatskih, političko-vojnih ili medicinsko-zdravstvenih situacija. Potpuni i ažurirani popis tih zemalja nalazi se u odgovarajućem odjeljku web stranice Ministarstva vanjskih i europskih poslova.

Članak 3.

(1) Kad nastupi osigurani slučaj, prijavu će izvršiti prema Nama:
1) Korisnik osiguranja – za slučaj posljedice smrti osiguranika;
2) VI – za slučaj posljedice trajne invalidnosti ili bolničkog liječenja.

(2) Osigurani slučaj prijavljuje se Nama odmah po saznanju o nastupu osiguranog slučaja ili najkasnije u roku od 7 (sedam) dana od dana nastupa osiguranog slučaja odnosno kada to prema Vašem zdravstvenom stanju bude moguće.

(3) U slučaju neizvršavanja obveze iz stavka 2. ovog članka, ali i u slučaju neizvršavanja svake druge zakonske ili ugovorne obveze, obveza Nas kao osiguratelja se smanjuje razmjerno Našoj povećanoj obvezi, a koja je nastala zbog takovog neizvršavanja.

(4) Teret dokaza o nastupanju osiguranog slučaja je na korisniku osiguranja i/ili Vama, ovisno o nastalom osiguranom slučaju. Pod dokazivanjem nastupanja osiguranog slučaja smatra se predočenje činjenica i dostava službene dokumentacije o nastupu osiguranog slučaja i dokaz da je osigurani slučaj pokriven policom osiguranja.

(5) VI i Korisnik osiguranja, dužni ste Nam pružiti sve raspoložive informacije i originalnu pisanu službenu dokumentaciju, temeljem kojih se može utvrditi način nastanka osiguranog slučaja i visina Naše obveze.

(6) MI možemo, na svoj trošak bez pitanja i dodatnog odobrenja od Vas ili korisnika, zatražiti od liječnika svu potrebnu dokumentaciju, policijske zapisnike s prilozima, te Vaš potpuni zdravstveni karton koji sadrži sve relevantne podatke o zdravstvenom stanju osiguranika.

(7) Kako bi MI mogli ispuniti obvezu iz ugovora prema Vama, nužno ćemo od Vas ili korisnika tražiti sljedeću dokumentaciju:

(1) za osigurani slučaj smrti uslijed nesretnog slučaja:
1) policu osiguranja;
2) ispunjeni obrazac osiguratelja;
3) smrtni list osiguranika;
4) dokaz da je smrt nastupila kao posljedica nesretnog slučaja u roku od 6 (šest) mjeseci od dana ostvarenja nesretnog slučaja;
5) dokaz o okolnostima nastanka nesretnog slučaja– zapisnik/potvrdu ili drugi akt ovlaštenog tijela unutarnjih poslova ili pravosuđa kojom se utvrđuje način/ okolnosti nastanka nesretnog slučaja;
6) ostalu potrebnu dokumentaciju na Naš zahtjev.

(2) Za osigurani slučaj trajne invalidnosti ili bolničkog liječenja:
1) kopiju police osiguranja;
2) ispunjeni obrazac osiguratelja:
3) dokaz o okolnostima nastanka nesretnog slučaja – zapisnik/potvrdu ili drugi akt ovlaštenog tijela unutarnjih poslova ili pravosuđa kojom se utvrđuje način/ okolnosti nastanka nesretnog slučaja;
4) ostalu potrebnu dokumentaciju na Naš zahtjev.

Članak 4.

(1) MI se obvezujemo da ćemo Vama ili korisniku osiguranja, u slučaju ostvarenja osiguranog slučaja, isplatiti naknadu sukladno ugovorenom pokriću od nesretnog slučaja te ovoj Klauzuli NS odnosno kako slijedi.
1) u slučaju nastanka osiguranog slučaja smrti – ugovorenu osiguranu svotu za slučaj smrti uslijed nesretnog slučaja;
2) u slučaju nastanka osiguranog slučaja trajnog invaliditeta (potpunog ili

djelomičnog gubitka funkcije organa ili pojedinih dijelova organa nakon završenog liječenja) – konačni postotak invaliditeta prema Tablici za određivanje postotka trajnog invaliditeta koju možete pronaći na Našoj internetskoj stranici www.agramlife.hr u rubrici: „Predugovorno informiranje“ i koji se određuje poslije završenog liječenja u vrijeme kada kod Vas u odnosu na pretrpljene ozljede nastupi stanje ustaljenosti i kada se prema liječničkom predviđanju ne može očekivati da će se to stanje poboljšati ili pogoršati, a najranije 3 (tri) mjeseca poslije završenog liječenja i rehabilitacije. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku 3 (tri) godine od dana nastanka osiguranog slučaja, kao konačno uzima se stanje po isteku ovog roka i prema njemu se određuje postotak trajnog invaliditeta;

3) dnevnu naknadu za boravak u bolnici – ugovorenu naknadu od prvog do zadnjeg dana boravka u bolnici uslijed nezgode, ali najviše do 365 dana. Dnevna naknada za boravak u bolnici se isplaćuje samo za bolničko liječenje, a ne za npr. ambulantno liječenje, toplice i sl. Danom boravka u bolnici smatra se noć provedena u bolnici.

Članak 5.

(1) Našu obvezu prema Vama za isplatu osigurnine iz članka 4. ove Klauzule NS ispuniti ćemo u roku 14 (četrnaest) dana od primitka potpunog zahtjeva za isplatu osigurnine koji sadrži potpunu i ispravnu dokumentaciju iz članka 3. ove Klauzule NS.

(2) Ako Nam je za utvrđivanje postojanja ili visine Naše obveze potrebno stanovito vrijeme (pribava medicinske ili ostale službene dokumentacije i sl.) MI ćemo, ako za to postoje osnove, Našu obvezu ispuniti u roku 30 (trideset) dana od primitka potpunog zahtjeva ili Vas obavijestiti u istom roku da Vaš zahtjev nije osnovan.

(3) U svakom slučaju ako Naša obveza ne bude utvrđena u gornjim rokovima, MI ćemo isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma ako osnov obveze nije sporan.

Članak 6.

(1) Ako nije određen korisnik osiguranja, on se određuje prema Zakonu o nasljeđivanju.

(2) Ukoliko je korisnik osiguranja maloljetna osoba, ugovorena osigurnina isplatit će se sukladno odredbama Obiteljskog zakona.

Članak 7.

(1) Osiguranje od nesretnog slučaja sklapamo na polici dopunskog zdravstvenog osiguranja, istovremeno s dopunskim zdravstvenim osiguranjem.

(2) Početak, trajanje i prestanak osigurateljnog pokrića osiguranja od nesretnog slučaja uvijek prati pravnu sudbinu police dopunskog zdravstvenog osiguranja.

(3) Vaš status osiguranika iz osiguranja od nesretnog slučaja u skladu s ovom Klauzulom NS, dokazujete valjanom policom/iskaznicom dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Članak 8.

Za sva ostala prava i obveze koja nismo regulirali ovom Klauzulom NS, primjenjuju se Uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja broj 02.02.-02.

Članak 9.

(1) Ovu Klauzulu NS donosi i može izmijeniti Uprava osiguratelja.

(2) Ova Klauzula NS stupa na snagu 01. studenog 2024. godine i primjenjuju se na sve ugovore o osiguranju sklopljene od 01. studenog 2024. godine.

Uprava Društva
Broj: 01.01-KLNS- 02

Zagreb, 25. listopada 2024.

www.agramlife.hr