

Opći uvjeti zdravstvenog osiguranja (2022)

I. Opće odredbe

Članak 1.

Pojedini pojmovi u ovim Općim uvjetima zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti) imaju sljedeća značenja:

Osiguravatelj: GRAWE Hrvatska d.d., Ulica grada Vukovara 5, Zagreb;

Ugovaratelj osiguranja: fizička ili pravna osoba koja s osiguravateljem sklapa ugovor o osiguranju;

Osiguranik: osoba na koju se odnosi osiguranje;

Premija: novčani iznos koji ugovaratelj osiguranja na temelju sklopljenog ugovora o osiguranju plaća osiguravatelju za svako razdoblje osiguranja;

Razdoblje osiguranja: razdoblje od jedne godine (osiguravateljna godina), ako ugovor o osiguranju nije sklopljen na rok kraći od jedne godine. Na dan početka razdoblja osiguranja završava prethodno i započinje sljedeće razdoblje osiguranja;

Svota osiguranja: novčani iznos na koji je sklopljen ugovor o osiguranju;

Ponuda: pisani prijedlog ponuditelja za sklapanje ugovora o osiguranju s osiguravateljem koji je podnesen na obrascu osiguravatelja i sadrži sve bitne elemente ugovora o osiguranju;

Polica: isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju koju izdaje osiguravatelj.

Članak 2.

Pravna osnova ugovora o osiguranju

Ugovor o osiguranju čine ponuda, svi pisani dodaci ponudi, polica, dodaci polici, Opći uvjeti te ugovoreni posebni uvjeti i klauzule.

Članak 3.

Sklapanje ugovora o osiguranju

1. Ugovor o osiguranju sklapa se na temelju pisane ponude podnesene osiguravatelju. U ponudi moraju biti navedene sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika. Svi podaci sadržani u ponudi moraju biti istiniti, točni i potpuni.
2. Pisana ponuda učinjena osiguravatelju za sklapanje ugovora o osiguranju obvezuje podnositelja ponude, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od 8 (osam) dana od dana kada je ponuda prispjela osiguravatelju, a ako je potreban liječnički pregled onda za vrijeme od 30 (trideset) dana.
3. Ako osiguravatelj u rokovima iz prethodnog stavka ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uvjeta za predloženo osiguranje, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen. U tom slučaju smatra se da je ugovor sklopljen kada je ponuda prispjela osiguravatelju.
4. Prije donošenja odluke o prihvaćanju ponude osiguravatelj može zahtijevati od podnositelja ponude ili osobe koja se želi osigurati da dostavi određenu liječničku dokumentaciju ili da pristupi liječničkom pregledu. Ako podnositelj ponude tj. osoba koja se želi osigurati u roku od 14 (četnaest) dana od dana primitka poziva ne dostavi traženu liječničku dokumentaciju i/ili ne pristupi liječničkom pregledu, smatrat će se da je podnositelj ponude odustao od sklapanja ugovora o osiguranju.

5. Ako osiguravatelj izjavi da prihvaća ponudu i istodobno predloži da se ona u nečemu izmijeni ili dopuni, ugovor o osiguranju se smatra sklopljenim s danom kada je ugovaratelj osiguranja pristao na predložene izmjene odnosno dopune.
6. Ako osiguravatelj odbije ponudu za osiguranje, obrazac ponude i priložena medicinska dokumentacija ne vraćaju se podnositelju ponude.
7. Ponuditelj ima pravo odustati od ponude u rokovima iz stavka 1. i zatražiti povrat uplaćene premije. Ako ponuditelj u međuvremenu nije dao drugu ponudu, osiguravatelj ima pravo od ponuditelja tražiti naknadu troška liječničkog pregleda, ako je obavljen.
8. O sklopljenom ugovoru o osiguranju osiguravatelj ugovaratelju osiguranja izdaje policu u jednom primjerku.

II. Osiguravateljno pokriće

Članak 4.

Početak osiguranja i osiguravateljnog pokrića

1. Osiguravateljno pokriće počinje u 00:00 sati dana koji je u polici označen kao dan početka trajanja osiguranja, ali ne prije isteka ugovorene karence i uz uvjet da je do tada plaćena premija osiguranja ili njezin prvi obrok. Osiguravateljna godina se počinje računati od dana koji je u polici označen kao dan početka trajanja osiguranja.
2. Ako premija osiguranja ili njezin prvi obrok ne bude plaćena do dana koji je u polici označen kao dan početka trajanja osiguranja, osiguravateljno pokriće počinje istekom 24:00 sata onoga dana kada u cijelosti bude plaćena premija ili njezin prvi obrok, ali ne prije isteka ugovorene karence.

Članak 5.

Karenca

1. Karenca je razdoblje na početku ugovorenog trajanja osiguranja za vrijeme kojeg osiguravatelj nije u obvezi ako nastupi osigurani slučaj. U slučaju povećanja ili proširenja osiguravateljnog pokrića karenca počinje teći od trenutka izmjene osiguravateljnog pokrića.
2. Opći rok karence iznosi 30 (trideset) dana. Opći rok karence se primjenjuje ako u posebnim uvjetima ili u polici osiguranja nisu utvrđeni posebni rokovi karence.
3. Posebni rok karence

Za porođaje uključujući pretrage koje su potrebne radi trudnoće te za liječenje koje je medicinski nužno u vezi s trudnoćom postoji osiguravateljno pokriće nakon isteka posebnog roka karence u trajanju od 9 (devet) mjeseci.

Ako ugovaratelj osiguranja dokaže da je trudnoća nastupila nakon početka osiguranja tada se ne primjenjuju odredbe o posebnom roku karence. Smatra se da je dokazano da je trudnoća nastupila nakon početka osiguranja ako je liječnički izračunat termin porođaja 9 (devet) mjeseci nakon početka osiguranja.

4. Karenca se ne primjenjuje kod:
 - 4.1. nesretnog slučaja;

Sve vrste trbušnih kila koje su posljedica nesretnog slučaja ili su pogoršane zbog nesretnog slučaja ne smatraju se nesretnim slučajem u smislu ovih Općih uvjeta.

- 4.2. kod sljedećih akutnih infekcijskih bolesti: rubeola, ospice, dječje boginje (varičele), šarlah, difterija, hripavac, mumps, spinalna dječja paraliza, meningitis, dizenterija, tifus, paratifus, pjegavi tifus (pjegavac), kolera, povratna groznica, malarija, bedrenica, crveni vjetar, žuta groznica, kuga, tularemija, psitakoza.

Članak 6.

Predmet osiguranja i teritorijalna valjanost osiguranja

1. U slučaju nastupa osiguranog slučaja osiguranik ima pravo na osiguravateljno pokriće u opsegu određenom Općim uvjetima i posebnim uvjetima te odredbama police osiguranja. Ako nije drukčije ugovoreno, pravo na naknadu iz osiguranja pripada osiguraniku.
2. Osigurani slučaj je, ako u posebnim uvjetima osiguranja ili u polici nije drukčije ugovoreno, medicinski neophodan postupak liječenja osiguranika zbog bolesti ili posljedica nesretnog slučaja. Osigurani slučaj nastupa s početkom postupka liječenja, a završava kada prema liječničkom nalazu liječenje više nije neophodno. Ako se liječenje mora proširiti i na bolest ili posljedice nesretnog slučaja koje nisu u uzročno-posljedičnoj vezi s do sada liječenom bolesti ili posljedicama nesretnog slučaja, smatra se da je nastao novi osigurani slučaj.
3. Liječenje je medicinski postupak koji se provodi prema općepriznatom stajalištu medicinske znanosti radi ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja ili sprečavanja njegovog pogoršanja.
4. Bolest je svako tjelesno ili psihičko stanje koje prema općepriznatom stajalištu medicinske znanosti odstupa od normalnog zdravstvenog stanja.
5. Nesretni slučaj je događaj neovisan od isključive volje osiguranika koji iznenada i izvana djeluje mehanički ili kemijski na njegovo tijelo izazivajući tjelesne povrede osiguranika.
6. Osigurati se mogu samo osobe koje imaju utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, osim ako se posebnim uvjetima osiguranja ne ugovori drukčije.
7. Ovo osiguranje vrijedi isključivo na području Republike Hrvatske, osim ako se posebnim uvjetima osiguranja ne ugovori drukčije.

Članak 7.

Vrsta i opseg osiguravateljnog pokrića

Vrsta i opseg osiguravateljnog pokrića određeni su posebnim uvjetima osiguranja i odredbama police osiguranja. Ako u posebnim uvjetima ili u polici osiguranja nije drukčije ugovoreno, primjenjuju se sljedeće odredbe:

1. Osiguravatelj ne naknađuje troškove prijevoza osiguranika do ili od liječnika odnosno mjesta liječenja.
2. Troškovi zdravstvenih pomagala naknađuju se samo ako je to ugovoreno posebnim uvjetima osiguranja ili u polici osiguranja, a u skladu s odredbama važećeg Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala donesenog od strane nadležnog državnog tijela. Ako je osiguravatelj tijekom jedne osiguravateljne godine isplatio naknadu troškova za određeno zdravstveno pomagalo tada osiguranik ima pravo na naknadu troškova za isto zdravstveno pomagalo nakon isteka propisanog roka uporabe pojedinog pomagala.
3. Bolničko liječenje u smislu ovih uvjeta osiguranja je liječenje u okviru medicinski neophodnog bolničkog boravka u zdravstvenim ustanovama ili odjelima zdravstvenih ustanova odobrenim od strane nadležnih tijela, ako predviđaju stalnu prisutnost liječnika, raspoložu dostatnim dijagnostičkim i terapijskim mogućnostima, rade isključivo prema općepriznatim načelima medicinske znanosti, nisu

usmjerene na primjenu određenih metoda liječenja i vode povijest bolesti. Ako nije drukčije ugovoreno, boravak se smatra bolničkim ako liječenje zahtijeva boravak u trajanju od najmanje 24 sata.

Bolnički boravak se ne smatra medicinski neophodnim ako je njegov razlog samo nedostatak kućne njege ili druge osobne prilike osiguranika.

4. Za bolničko liječenje u smislu stavka 3. naknade se u niže navedenim ustanovama isplaćuju samo ako je to posebno ugovoreno ili ih je osiguravatelj prije početka pisanim putem odobrio:
 - 4.1. u ustanovama koje ne rade isključivo po principima općepriznate medicinske znanosti ili u takvim odjelima zdravstvenih ustanova;
 - 4.2. u ustanovama u kojima se primaju i rekonvalescenti ili osobe kojima je potrebna produljena njega ili u takvim odjelima zdravstvenih ustanova;
 - 4.3. u ustanovama za gerijatriju (internistička, neurološka, psihijatrijska i dr.) ili u takvim odjelima zdravstvenih ustanova;
 - 4.4. u zdravstvenim ustanovama izvan Republike Hrvatske;
 - 4.5. u ustanovama za osobe s mentalnim oštećenjima te u ustanovama za psihosomatiku (uz iznimku samostalno vođenih odjela za neurologiju i neurokirurgiju) ili u takvim odjelima zdravstvenih ustanova (uz iznimku samostalno vođenih odjela za neurologiju i neurokirurgiju);
 - 4.6. u ustanovama za kronične plućne i TBC bolesnike ili u takvim odjelima zdravstvenih ustanova;
 - 4.7. u lječilištima, ustanovama za zdravstvenu njegu i ustanovama za palijativnu skrb;
 - 4.8. u dnevnim bolnicama.
5. Osiguravateljno pokriće ne postoji za boravke u sljedećim ustanovama ili u takvim odjelima zdravstvenih ustanova:
 - 5.1. u ustanovama za ovisnike o alkoholu i drogi ili u takvim odjelima zdravstvenih ustanova;
 - 5.2. u zdravstvenim ustanovama hrvatskih vojnih postrojbi;
 - 5.3. u ustanovama za prekršitelje zakona s mentalnim oštećenjima ili u takvim odjelima zdravstvenih ustanova;
 - 5.4. u zdravstvenim ustanovama za osobe lišene slobode ili u takvim odjelima zdravstvenih ustanova;
 - 5.5. u ustanovama za kronične bolesnike ili u takvim odjelima zdravstvenih ustanova;
 - 5.6. u centrima za društvenu brigu o starijim osobama, domovima umirovljenika, domovima starih i nemoćnih, ustanovama za smještaj i njegu starih osoba ili u takvim odjelima zdravstvenih ustanova.
6. Naknada za vrijeme boravka u bolnici ne isplaćuje se za boravak u zdravstvenim ustanovama ili u odjelima zdravstvenih ustanova navedenih u stavcima 4. i 5. ovog članka, osim ako nije drukčije ugovoreno.

Članak 8.

Ograničenje osiguravateljnog pokrića

1. Osiguravateljno pokriće se ne odnosi na postupke liječenja koji su započeli prije početka osiguranja.
2. Bolesti i posljedice nesretnog slučaja koje su nastale prije početka osiguranja, ali koje tek nakon početka osiguranja zahtijevaju liječnički tretman uključene su u osiguravateljno pokriće samo u skladu sa stavkom 5. ovoga članka i člancima 14. do 17.
3. Za bolesti i posljedice nesretnog slučaja koje su prvi puta tretirane za vrijeme trajanja općeg roka karence (članak 5. stavak 2.) ne

postoji osigurateljno pokrivenje do završetka osiguranog slučaja, ali najkasnije do isteka roka od 3 (tri) godine od početka trajanja osiguranja. Isto vrijedi i za bolesti koje su s takvima u neposrednoj uzročnoj vezi.

4. Osigurateljno pokrivenje u svakom slučaju ne postoji u sljedećim slučajevima:

4.1. bolesti, nesretni slučajevi i njihove posljedice zbog sudjelovanja u ratu, bez obzira na to je li rat bio objavljen ili nije, u ratnim zbivanjima, neprijateljstvima ili ratu sličnim radnjama, u građanskom ratu, revoluciji, pobuni, ustanku ili građanskim nemirima koji nastaju iz takvih događaja, u sabotazama ili terorizmu počinjenom iz političkih pobuda, u nasilnim ili drugim sličnim događajima u kojima je osiguranik aktivno sudjelovao, u vojnim akcijama i operacijama koje zahtijevaju uporabu oružja ili koje su zahtjevane od vojnih organa radi suzbijanja terorizma ili pobuna i sličnih događaja;

4.2. nuklearni rizici: npr. izloženost nuklearnoj energiji (nuklearne reakcije, radijacija, kontaminacija) ili izloženost nuklearnom otpadu bilo koje vrste ili kemijskoj kontaminaciji;

4.3. prirodne opasnosti: lavine, potresi, vulkanske erupcije ili bilo koja prirodna nepogoda;

4.4. bolesti, nesretni slučajevi i njihove posljedice koje su posljedica prekomjernog konzumiranja alkohola ili narkotika ili je njihovo liječenje znatno otežano zbog konzumiranja alkohola ili narkotika kao i postupci odvikavanja i liječenja;

4.5. bolesti, nesretni slučajevi i njihove posljedice koje su posljedica namjernog izvršenja kaznenog djela;

4.6. bolesti, nesretni slučajevi i njihove posljedice koje se temelje na namjeri ugovaratelja osiguranja ili osiguranika;

Ako je ugovaratelj osiguranja bolest ili nezgodu nekog drugog osiguranika namjerno prouzročio, tada osiguratelj ostaje prema takvome obavezan na isplatu, ali zahtjev za naknadu štete osiguranika prema ugovaratelju osiguranja prelazi na osiguratelja.

4.7. ako osiguranik koristi letjelicu koja se na bilo koji način razlikuje od potpuno ovlaštenog standardnog tipa aviona koji je u vlasništvu ili ga koristi aviokompanija, koja time pruža regularnu uslugu zračnog transporta preko utvrđenih zračnih puteva i gdje je osiguranik putnik koji posjeduje aviokartu.

5. Pojedine bolesti ili posljedice nesretnog slučaja prema stavcima 1. do 4. ovog članka mogu se uključiti u osigurateljno pokrivenje samo ako je posebno ugovoreno.

6. Ako postupak liječenja prelazi potrebne razmjere, osiguratelj ima pravo sniziti naknadu na primjerene razmjere.

7. Osiguratelj može u opravdanim slučajevima iz osigurateljnog pokrivenja isključiti liječenje od strane određenih liječnika, odnosno u određenim zdravstvenim ustanovama ili njihovim odjelima. Ovo ograničenje osigurateljnog pokrivenja se odnosi isključivo na postupke liječenja koji se provode nakon što o navedenom isključenju ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik budu obaviješteni pisanim putem.

Članak 9.

Isplata naknade

1. Ako u posebnim uvjetima ili u polici osiguranja nije ugovoreno da će osiguratelj plaćanje naknade iz osiguranja obaviti neposredno davatelju zdravstvene usluge, osiguratelj će plaćanje naknade obaviti na temelju plaćenih originalnih računa ili otpusnog lista i cjelokupne medicinske dokumentacije koju osiguratelj zatraži.

2. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik oslobađaju obveze čuvanja profesionalne tajne zdravstvene radnike i sve druge nadležne fizičke i pravne osobe ako je to na zahtjev osiguratelja potrebno radi

utvrđivanja prava i obveza osiguratelja, ugovaratelja osiguranja i osiguranika temeljem ovog ugovora o osiguranju.

3. Svi računi i potvrde koji su osiguratelju potrebni radi isplate naknade iz osiguranja prelaze u vlasništvo osiguratelja.

4. Pravo na isplatu naknade iz osiguranja nije moguće ustupiti niti založiti bez odobrenja osiguratelja. Ugovaratelj osiguranja (osiguranik) ne može svoja potraživanja prema osiguratelju jednostrano kompenzirati s potraživanjem koje osiguratelj ima prema njemu na temelju dospelje premije osiguranja.

5. Osiguratelj je dužan isplatiti naknadu određenu ugovorom o osiguranju u roku koji ne može biti dulji od 14 (četnaest) dana računajući od dana kada je osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.

Ako je za utvrđivanje postojanja osigurateljne obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, osiguratelj je dužan isplatiti naknadu određenu ugovorom u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.

Članak 10.

Prestanak osigurateljnog pokrivenja

Osigurateljno pokrivenje prestaje istekom posljednjeg dana trajanja osiguranja.

III. Obveze ugovaratelja osiguranja i osiguranika

Članak 11.

Plaćanje premije

1. Premija osiguranja je godišnja premija i obračunava se od početka trajanja osiguranja. Ugovaratelj osiguranja je dužan platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed. Iznimno, moguće je ugovoriti obročno plaćanje premije pri čemu osiguratelj ima pravo zaračunati doplatu na premiju. Svaki obrok premije dospijeva uvijek prvog dana u mjesecu. Ugovaratelj osiguranja je dužan platiti premiju za prvu osigurateljnu godinu odnosno prvi obrok premije prilikom potpisa ponude.

2. Ugovaratelj osiguranja je dužan platiti premiju, ali je osiguratelj dužan primiti uplatu premije od svake osobe koja ima pravni interes da ona bude plaćena.

3. Osigurateljno pokrivenje počinje plaćanjem prve premije, odnosno prvog obroka premije, ali ne prije dana koji je u polici označen kao dan početka trajanja osiguranja.

4. Ugovaratelj osiguranja je dužan platiti premiju na račun osiguratelja o vlastitom trošku. Ako se premija plaća putem pošte, banke ili nekog drugog pružatelja platne usluge, smatrat će se da je ugovaratelj osiguranja podmirio svoju obvezu prema osiguratelju na dan kada je pružatelj platne usluge primio od ugovaratelja osiguranja nalog za plaćanje i kada je taj nalog postao neopoziv u skladu s odredbama zakona kojim se uređuje platni promet.

5. Svi porezi i ostala zakonska davanja koja se temelje na ovom ugovoru, a čiji je obveznik ugovaratelj osiguranja, nisu uračunati u premiju osiguranja i dužan ih je platiti ugovaratelj osiguranja.

6. Ugovaratelj osiguranja (osiguranik) ne može svoja potraživanja prema osiguratelju jednostrano kompenzirati s potraživanjem koje osiguratelj ima prema njemu na temelju dospelje premije osiguranja.

Članak 12.

Posljedice zakašnjenja s plaćanjem premije

1. Ugovaratelju osiguranja koji zakasni s plaćanjem premije osiguravatelj ima pravo obračunati zatezne kamate.
2. U slučaju iz prethodnog stavka nakon plaćanja premije najprije se podmiruju zatezne kamate, a zatim dospjele neplaćene premije tako da se najprije podmiruje potraživanje premije od čijeg dospjeća je proteklo najviše vremena i nastavlja se padajućim nizom prema potraživanju od čijeg je dospjeća proteklo najmanje vremena (koje imaju najmanju starost odnosno najmanji broj dana zakašnjenja), počevši s onima koje su najranije dospjele.
3. Osiguravatelj ima pravo iznos dospjele premije ili nekog drugog dospjelog potraživanja iz ugovora o osiguranju (npr. zatezne kamate i dr.) odbiti od iznosa koji je dužan isplatiti osiguraniku ili nekoj trećoj osobi.

Članak 13.

Posljedice neplaćanja premije

1. Ako ugovaratelj osiguranja premiju koja je dospjela nakon sklapanja ugovora o osiguranju ne plati u cijelosti, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu nakon isteka roka od 30 (trideset) dana od kada je ugovaratelju osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravatelja s obavješću o dospelosti premije, s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 (trideset) dana od dospelosti premije.
2. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.
3. Od dana raskida ugovora o osiguranju prestaje osiguravateljno pokrivanje. Ugovaratelj osiguranja dužuje osiguravatelju razmjerni dio premije za razdoblje do raskida ugovora.

Članak 14.

Prijava okolnosti značajnih za ocjenu rizika

1. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik su dužni prilikom podnošenja ponude te u vremenu od podnošenja ponude do sklapanja ugovora o osiguranju točno i u potpunosti prijaviti osiguravatelju sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje su im poznate ili im nisu mogle ostati nepoznate. Značajnim okolnostima se smatraju naročito one okolnosti o čijem je postojanju osiguravatelj postavio pitanja izričito i u pisanom obliku.
2. Odredbe sljedećih članaka o posljedicama netočne prijave ili prešućivanja okolnosti značajnih za ocjenu rizika primjenjuju se i u slučajevima osiguranja sklopljenih u ime i za račun drugoga ili u korist trećeg ili za tuđi račun ili za račun koga se tiče, ako su te osobe znale ili su morale znati za netočnost prijave ili prešućivanje okolnosti značajnih za ocjenu rizika ili nepotpune prijave.

Članak 15.

Posljedice neprijavlivanja okolnosti značajnih za ocjenu rizika

1. Namjerna netočna prijava ili prešućivanje
 - 1.1. Ako je ugovaratelj osiguranja namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve prirode da osiguravatelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, osiguravatelj može zahtijevati poništaj ugovora.
 - 1.2. U slučaju poništaja ugovora iz razloga navedenih u prethodnoj točki, osiguravatelj ima pravo zadržati i naplatiti premije za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ugovora, ali je u obvezi plaćanja naknade iz osiguranja ako do toga dana nastupi osiguranik slučaj.

1.3. Pravo osiguravatelja da zahtijeva poništaj ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od 3 (tri) mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili prešućivanje ne izjavi ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

2. Nenamjerna netočnost ili nepotpunost prijave

2.1. Ako je ugovaratelj osiguranja učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, osiguravatelj može, po svom izboru, u roku od mjesec dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije razmjerno povećanom riziku.

2.2. Ugovor u tom slučaju prestaje nakon isteka 14 (četnaest) dana od kada je osiguravatelj svoju izjavu o raskidu priopćio ugovaratelju osiguranja, a u slučaju osiguravateljevog prijedloga o razmjernom povećanju premije, raskid nastupa po samom zakonu ako ugovaratelj osiguranja ne prihvati prijedlog u roku od 14 (četnaest) dana od kada ga je primio.

2.3. U slučaju raskida ugovora osiguravatelj je dužan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

2.4. Ako se osiguranik 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 stope plaćenih premija i stope premija koje bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.

3. Netočna prijava starosti osiguranika

Ako ugovaratelj osiguranja netočno prijavi godine života osiguranika vrijede sljedeća pravila:

3.1. Ako stvarne godine života osiguranika prelaze granicu do koje bi osiguravatelj sklopio predmetni ugovor o osiguranju, ugovor o osiguranju je ništetan i osiguravatelj je dužan vratiti sve primljene premije.

3.2. Ako je netočno prijavljeno da osiguranik ima manje godina, a njegove stvarne godine života ne prelaze granicu do koje bi osiguravatelj sklopio predmetni ugovor o osiguranju, ugovor o osiguranju je pravovaljan, ali se premija osiguranja povećava na iznos predviđen za osiguranje osobe osiguranikovih godina.

3.3. Ako osiguranik ima manje godina nego što je prijavljeno prilikom sklapanja ugovora, premija se smanjuje na iznos predviđen za osiguranje osobe osiguranikovih godina, a osiguravatelj je dužan vratiti razliku između primljenih premija i premija na kojih ima pravo.

4. Slučajevi u kojima se osiguravatelj ne može pozvati na netočnost ili nepotpunost prijave

4.1. Ako su osiguravatelju u času sklapanja ugovora bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje je ugovaratelj osiguranja netočno prijavio ili prešutio, osiguravatelj se ne može pozvati na netočnost prijave ili prešućivanje.

4.2. Isto vrijedi i u slučaju kad je osiguravatelj saznao za te okolnosti za vrijeme trajanja osiguranja, a nije se koristio zakonskim ovlaštenjima.

Članak 16.

Obveze ugovaratelja osiguranja i osiguranika za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju

1. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik su dužni osiguravatelju na njegov zahtjev dati sve podatke koji su potrebni za utvrđivanje postojanja osiguravateljeve obveze kao i vrste i opsega osiguravateljnog pokrivača što obuhvaća i obvezu osiguranika da se podvrgne liječničkom pregledu kod liječnika po izboru osiguravatelja.

2. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik su u slučaju nastupa osiguranog slučaja dužni pridržavati se uputa i pravila ponašanja koja su

utvrđena od strane liječnika ili osiguravatelja te izbjeći svako ponašanje koje bi moglo otežati poboljšanje zdravstvenog stanja. Osim toga, osiguranik je na zahtjev osiguravatelja dužan pristupiti dodatnom liječničkom pregledu od strane liječnika kojega odredi osiguravatelj.

3. Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužni su prijaviti promjenu zanimanja osiguranika. Ako promjena zanimanja osiguranika ima za posljedicu povećanje rizika, osiguravatelj će ugovaratelju osiguranja predložiti povećanje premije. Ako ugovaratelj osiguranja ne pristane na novu stopu premije u roku od 14 (četnaest) dana od primitka obavijesti o povećanju premije, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu. Nova premijska stopa se primjenjuje od dospijeaća sljedeće premije odnosno obroka.
4. Ako je povećanje rizika toliko da osiguravatelj ne bi sklopio ugovor da je takvo stanje postojalo u času njegovog sklapanja, osiguravatelj može raskinuti ugovor.
5. Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je obavijestiti osiguravatelja o nastupu osiguranog slučaja u roku od 3 (tri) dana od dana saznanja.
6. Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je bez odlaganja obavijestiti osiguravatelja o činjenici da je osiguraniku prestao status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju.

Članak 17.

Posljedice kršenja obveze ugovaratelja osiguranja i osiguranika za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju

1. Ako ugovaratelj osiguranja ili osiguranik nakon nastupanja osiguranog slučaja ne izvrši neku od propisanih ili ugovorenih obveza odgovara osiguravatelju za štetu koju mu je time prouzročio.
2. Ako je ugovaratelj osiguranja ili osiguranik izazvao osigurani slučaj namjerno ili prijevarom, osiguravatelj nije u obvezi ni na kakvu naknadu.
3. Ako se osigurani slučaj dogodi prije nego što je osiguravatelj obaviješten o povećanju rizika ili nakon što je obaviješten o povećanju rizika, ali prije nego je ugovor raskinuo ili postigao sporazum s ugovarateljem osiguranja o povećanju premije, naknada se smanjuje u razmjeru između plaćenih premija i premija koje bi trebalo platiti prema povećanom riziku.

Članak 18.

Zahtjevi prema trećima

Ako je nositelj prava na naknadu primio naknadu nastalih troškova od strane treće osobe koja je po bilo kojoj osnovi odgovorna za nastalu štetu ili ako je primio naknadu na temelju drugog ugovora o osiguranju, osiguravatelj ima pravo tako isplaćenu naknadu uračunati u svoje isplate. Obveza osiguravatelja na naknadu nastalih troškova se umanjuje za naknade koje je osiguranik već primio od strane trećih tako da se izbjegne dvostruka naknada osiguraniku.

IV. Prestanak ugovora o osiguranju

Članak 19.

Razlozi za prestanak ugovora o osiguranju

1. Ugovor o osiguranju i osiguravateljno pokriće prestaju istekom 24:00 sata dana koji je u polici naveden kao dan prestanka osiguranja ili ranije, u skladu s ovim Općim uvjetima ili posebnim uvjetima osiguranja.
2. Ugovor o osiguranju prestaje kada prestane postojati zakonska osnova za osiguranje.

3. Ugovor o osiguranju prestaje kada nastupi smrt ugovaratelja osiguranja.
4. U slučaju smrti osiguranika prestaje i ugovor o osiguranju u odnosu na tu osobu.
5. Ako je osiguranje sklopljeno na rok dulji od 5 (pet) godina, svaka ugovorna strana može nakon proteka ovog roka, uz otkazni rok od 6 (šest) mjeseci, pisanim putem izjaviti drugoj da raskida ugovor.
6. Ako osiguravatelj odobri ugovaratelju osiguranja popust na premiju s obzirom na ugovoreno višegodišnje trajanje osiguranja, a ugovor o osiguranju bude prijevremeno raskinut iz razloga na strani ugovaratelja osiguranja, osiguravatelj ima pravo zahtijevati povrat odobrenog popusta na premiju.

V. Ostale odredbe

Članak 20.

Oblik očitovanja volje

1. Sve ponude, prijave, izjave, zahtjevi i obavijesti u vezi s ugovorom o osiguranju moraju biti u pisanom obliku. Izjave osiguravatelja su pravovaljane samo ako su u pisanom obliku. Pismena ugovaratelja osiguranja i osiguranika stupaju na snagu tek po prispjeću u poslovne prostorije osiguravatelja.
2. Osiguravatelj ima pravo nakon primitka ponude za sklapanje ugovora o osiguranju zatražiti od podnositelja ponude određene dopune i objašnjenja. U tom slučaju ponuda se smatra prispjelom tek kad su osiguravatelju dostavljene sve zatražene dopune i objašnjenja.

Članak 21.

Promjena adrese i osobnog imena (tvrtke) ugovaratelja osiguranja

1. Ugovaratelj osiguranja je dužan bez odlaganja obavijestiti osiguravatelja o svakoj promjeni prebivališta, adrese stanovanja, sjedišta odnosno adrese na koje je zatražio da mu se dostavljaju pismena osiguravatelja.
2. Ugovaratelj osiguranja je dužan bez odlaganja obavijestiti osiguravatelja o svakoj promjeni osobnog imena odnosno tvrtke.
3. U slučaju kršenja odredbe iz stavka 1. dostava svih pismena upućenih od strane osiguravatelja smatrat će se uredno obavljenom istekom roka od 8 (osam) dana od dana kada su pismena preporučenom poštom upućena na posljednju prijavljenu adresu ugovaratelja osiguranja. Odredbe ovog stavka se na odgovarajući način primjenjuju i u slučaju kršenja odredbe iz stavka 2.

Članak 22.

Izmjene osiguravateljnog pokrića i premije

1. Osiguravatelj ima pravo nakon sklapanja ugovora o osiguranju temeljem poslovnog plana osiguravatelja jednostrano izmijeniti (povećati ili smanjiti) visinu ugovorene premije osiguranja (npr. u slučaju promjene indeksa cijena na malo, promjene indeksa medicinskih troškova).
2. Ako osiguravatelj izmjeni visinu ugovorene premije osiguranja ili uvjete osiguranja dužan je o tome unaprijed pisanim putem ili na drugi odgovarajući način obavijestiti ugovaratelja osiguranja najkasnije 30 dana prije isteka osiguravateljne godine.
3. Ugovaratelj osiguranja ima pravo u roku od 30 dana od dana primitka obavijesti o izmjeni premije osiguranja raskinuti ugovor o osiguranju. U tom slučaju ugovor o osiguranju prestaje istekom tekuće osiguravateljne godine.

4. Ako ugovaratelj osiguranja ne raskine ugovor o osiguranju u roku iz stavka 3., izmijenjena premija osiguranja obračunava se od početka sljedeće osiguravateljne godine.
5. Ako ugovaratelj osiguranja u razdoblju od primitka obavijesti o izmjeni uvjeta osiguranja do kraja tekuće osiguravateljne godine pisanim putem izvijesti osiguravatelja da pristaje na navedene izmjene ili ako uplati premiju osiguranja za sljedeću osiguravateljnu godinu smatra se da je prihvatio predložene izmjene ugovora o osiguranju. U tom slučaju izmijenjeni uvjeti osiguranja se primjenjuju od početka sljedeće osiguravateljne godine.
6. Ako ugovaratelj osiguranja ne postupi na način opisan u stavku 5. smatra se da nije prihvatio predložene izmjene uvjeta osiguranja te ugovor o osiguranju prestaje istekom tekuće osiguravateljne godine.
7. Ugovaratelj osiguranja nema pravo umjesto povećanja premije osiguranja zahtijevati smanjenje osiguravateljnog pokrivača.

Članak 23.

Rješavanje sporova

1. Ugovorne strane će sve sporove koji proizlaze iz ovog ugovora o osiguranju ili u vezi s ovim ugovorom o osiguranju i svim njegovim naknadnim izmjenama i dopunama, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede, prestanka ili tumačenja prvenstveno pokušati riješiti sporazumno, prema pravilima osiguravatelja o internom postupku rješavanja pritužbi stranaka, a ako u tome ne uspiju mogu nastaviti postupak u okviru izvansudskog rješavanja sporova pri pravobranitelju za osiguranje odnosno Centru za mirenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje.
2. Ako ugovorne strane ne uspiju riješiti spor na način opisan u prethodnom stavku, za rješavanje svih sporova ugovara se mjesna nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu.

Članak 24.

Završne odredbe

Na odnose između osiguravatelja, osiguranika, ugovaratelja osiguranja i drugih osoba kojih se to tiče, a koji nisu regulirani ovim Općim uvjetima ili posebnim uvjetima, na odgovarajući način će se primjenjivati odredbe Zakona o obveznim odnosima.

U primjeni od: 1.6.2022.