

Allianz Hrvatska d.d.

Allianz Best Doctors

Opći uvjeti zdravstvenog osiguranja

Opći uvjeti zdravstvenog osiguranja Allianz Best Doctors

I. Uvodne odredbe

Članak 1.

(1) Ovi Opći uvjeti zdravstvenog osiguranja Allianz Best Doctors (u daljnjem tekstu: Uvjeti osiguranja) sastavni su dio ugovora o zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: ugovor o osiguranju) kojeg je ugovaratelj sklopio s Allianz Hrvatska d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).

II. Osnovni pojmovi

Članak 2.

(1) Pojedini izrazi u ovim Uvjetima znače:

Osiguratelj: Allianz Hrvatska d.d., Ugovorom o osiguranju se obvezuje na izvršenje obveza iz ugovora o osiguranju za osigurane rizike;

Ponuditelj osiguranja: osoba koja podnosi pisanu ponudu Osiguratelju s namjerom da sklopi ugovor o osiguranju;

Ugovaratelj osiguranja: fizička ili pravna osoba koja s Osigurateljem sklopi ugovor o osiguranju i obvezuje se na uplatu premije osiguranja. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu biti ista fizička osoba;

Osiguranik: fizička osoba koja ostvaruje prava iz ugovora o osiguranju. Iznimno, kod obiteljskih polica osiguranik može biti isključivo partner/ supružnik ugovaratelja osiguranja kao i članovi obitelji ugovaratelja;

Partner ugovaratelja osiguranja: bračni ili izvanbračni partner ako je stariji od 18 godina života i živi u zajednici s ugovarateljem osiguranja na istoj adresi što se dokazuje osobnom iskaznicom ili potvrdom o prebivalištu ili boravištu. Partner ne može biti rođak ugovaratelja osiguranja. Ugovaratelj može imenovati samo jednu osobu kao partnera. Partner može biti osoba istog ili različitog spola od ugovaratelja;

Članovi obitelji ugovaratelja: uzdržavano dijete ugovaratelja osiguranja ili partnera ugovaratelja osiguranja (uključujući biološko dijete, dijete partnera ili posvojeno dijete). Stalno mjesto stanovanja uzdržavanog djeteta mora biti isto kao i ugovaratelja osiguranja osim ako Osiguratelj ne utvrdi drugačije. Kao član obitelji ugovaratelja može se osigurati i nevjenčano dijete starije od 18 godina, a mlađe od 35 godina ako:

- dijete nije redovno zaposleno na osnovu punog radnog vremena ili ne radi kao samozaposleno
- je redovni učenik/student
- je iz ostalih razloga potpuno ovisno o ugovaratelju osiguranja ili partneru ugovaratelja osiguranja radi uzdržavanja i brige;

Further: Further Underwriting International SLU ("Further"), tvrtka koja organizira sljedeće medicinske usluge povezane s policom: uslugu Drugog liječničkog mišljenja i uslugu Osobnog liječnika.

- usluga Drugog liječničkog mišljenja: Drugo liječničko mišljenje u pogledu pokrivenih uvjeta. To uključuje pružanje drugog izvješća o liječničkom mišljenju, nakon prikupljanja i detaljnog pregleda medicinskog kartona pacijenta, od strane stručnog liječnika specijalista.

(Ovu uslugu pružat će tvrtke za medicinske usluge kao što je Best Doctors)

- usluga Osobnog liječnika: Usluga kojom Further, u odnosu na odobreno potraživanje, uređuje sve pojedinosti vezane uz liječenje. To uključuje nadzor slučaja i pomoć u putnim i smještajnim aranžmanima za pacijenta i bilo kojeg pratitelja.

Osigurana svota: predstavlja najveći novčani iznos do kojeg je Osiguratelj u obvezi, a koji se plaća u slučaju nastupa osiguranog slučaja;

Osigurnina: naknada iz osiguranja;

Osigurani slučaj: događaj prouzročeni osiguranim rizikom;

Opseg pokrivanja: opseg usluga i pokrivanja na koje osiguranik ima pravo sklapanjem ugovora o osiguranju Allianz Best Doctors;

Isključenje osigurateljne obveze: pravno utvrđene okolnosti ili stanja koje ugovor o osiguranju ne pokriva i za koje ne postoji osigurateljna obveza. Isključenja se primjenjuju sukladno članku 22. ovih Uvjeta osiguranja;

Polica: pisana isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju;

Ugovor o osiguranju čine: ponuda, polica, izjava o zdravstvenom stanju osiguranika i Uvjeti osiguranja;

Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika: izjava potpisana od strane osiguranika prije sklapanja Ugovora o osiguranju kojom se potvrđuje

da osiguranik nema medicinski potvrđene simptome oboljenja te ne boluje niti je bio liječen od bolesti koje su u pokriću prema ovim Uvjetima osiguranja. Na temelju potpisane Izjave moguć je prihvat u osiguranje, u protivnom se osiguranje ne može ugovoriti. U slučaju da je osiguranik maloljetan izjavu treba potpisati zakonski zastupnik osiguranika;

Premija osiguranja: iznos koji je ugovaratelj dužan platiti Osiguratelju prema Ugovoru o osiguranju;

Istek: datum isteka tekuće osigurateljne godine;

Osigurateljna godina: vrijeme od 12 (dvanaest) mjeseci koje se računa od dana početka ugovora o osiguranju naznačenog na polici osiguranja;

Trajanje osiguranja: Ugovor o osiguranju se sklapa na neodređeno vrijeme do otkaza jedne od ugovornih strana najmanje 3 (tri) mjeseca prije isteka tekuće osigurateljne godine.

Bolnica: privatna ili javna ustanova zakonom ovlaštena pružati medicinske usluge u svrhu liječenja bolesti ili ozljeda, opremljena materijalno-tehnološkim sredstvima, koja ima 24 sata dnevno zaposlene djelatnike specijalizirane za dijagnosticiranje i obavljanje kirurških zahvata te liječnike i drugo medicinsko osoblje;

Bolničko liječenje: boravak u bolnici ili klinici preko noći;

Druga bolest: bolest proizašla iz osnovne bolesti ili s osnovnom bolešću povezanog uzroka smatra se nastavkom prethodne bolesti, a ne novim ili odvojenim oboljenjem;

Ranije postojeća stanja: bilo koja bolest osiguranika koja je dijagnosticirana, tretirana ili su postojali povezani(*) medicinski dokumentirani simptomi oboljenja ili nalazi (znakovi) unutar perioda od 10 godina prije datuma početka osiguranja.

(*) Radi izbjegavanja sumnje, simptomi ili nalazi (znakovi) moraju biti strogo vezani uz relevantno stanje koje se razmatra, a ne uz nepovezani ili odvojeno stanje.

Medicinski opravdani postupci: usluge zdravstvene njege i medicinska pomagala koja su:

- propisana osiguraniku u svrhu liječenja bolesti ili organiziranja medicinskog postupka pokrivenog osiguranjem s ciljem poboljšanja zdravstvenog stanja osiguranika i;
- priznati kao učinkoviti u poboljšanju zdravstvenih ishoda nakon planova liječenja koji su dosljedni po vrsti, učestalosti i trajanju s dijagnozom prema objavljenom medicinskoj literaturi (kao što je Pubmed) ili znanstveno utemeljenim američkim, britanskim i/ili europskim smjernicama (točnije, NCCN Smjernice za kliničku onkološku praksu primjenjivat će se radi liječenja raka: Klauzula III-A) i;
- isplativi u usporedbi s alternativnim tretmanima koji rezultiraju sličnim ishodima, uključujući izostanak liječenja i
- potrebni iz drugih razloga osim pogodnosti osiguranika ili njegovog/njezinog liječnika.

- Činjenica da liječnik može preporučiti, propisati, naručiti ili odobriti uslugu ili pomagalo, sama po sebi nužno ne dokazuje da je takva usluga ili pomagalo medicinski opravdano prema ovoj polici;

Ekperimentalno liječenje: liječenje i njegovi oblici, postupci, oprema, medicinski ili farmaceutski proizvodi predviđeni za medicinsku ili kiruršku upotrebu, a koji nisu općenito prihvaćeni kao sigurni, djelotvorni i pogodni za liječenje oboljenja ili ozljeda od strane znanstvenih organizacija i nisu prepoznati od strane međunarodne medicinske zajednice te koji se još uvijek proučavaju, istražuju, testiraju ili su na bilo kojem stupnju kliničkog istraživanja;

Alternativna medicina: zdravstveno-medicinski sustavi, postupci i proizvodi koji se trenutno ne smatraju dijelom klasične medicine i njenih uobičajenih medicinskih postupaka, a pod kojim se podrazumijevaju: akupunktura, aromaterapija, kiropraktika, homeopatska medicina, naturopatska medicina, ajurvedsko liječenje, tradicionalno kinesko liječenje i osteopatija kao i drugi od klasične medicine nepriznati sustavi i načini liječenja.

Proteza: naprava koja zamjenjuje cijeli organ ili njegov dio, ili zamjenjuje cijelu ili dio funkcije dijela tijela koje ne funkcionira uopće ili je njegova funkcija oštećena.

Kirurški zahvati: sve operacije koje se obavljaju sa svrhom dijagnosticiranja ili liječenja, provedene rezom ili drugom metodom unutarnjeg zahvata, izvršene od strane kirurga u bolnici, a koje uobičajeno zahtijevaju korištenje operacijske sale.

Naknadna skrb

Svaki oblik medicinske njege, liječenja, lijeka ili pregleda nakon liječenja u inozemstvu koji se koristi za:

- utvrđivanje vjerojatnosti da će osiguranik ponovno bolovati od bolesti ili medicinskog stanja u budućnosti ili
- sprečavanje pojave ili ponovnog pojavljivanja bolesti ili medicinskog stanja u budućnosti

gdje trenutno nema kliničkih i/ ili očiglednih simptoma i/ ili nalaza (znakova).

Lijekovi: Bilo koja tvar ili kombinacija tvari koje se mogu koristiti ili se daju Osiguraniku bilo s ciljem vraćanja, ispravljanja ili poboljšanja fizioloških funkcija, ili u svrhu doprinosa uspostavljanju medicinske dijagnoze. Lijek mora biti dostupan samo uz liječnički recept koji izdaje liječnik i izdaje ga ovlašteni ljekarnik. Recept koji je izrađen za originalni lijek vrijedi i za generičke lijekove s istim aktivnim sastojcima, jačinom i dozom kao i u originalnom lijeku.

Rekonstrukcijski kirurški zahvat: Postupci koji su namijenjeni ponovnoj izgradnji strukture kako bi se ispravio gubitak funkcije.

Liječenje u inozemstvu: medicinski opravdano liječenje organizirano od strane tvrtke Further izvan Hrvatske i plaćeno ovom policom.

Bolest: Bilo koja promjena ili poremećaj u tijelu, sustavu ili organskoj strukturi ili funkciji s prepoznatljivim i karakterističnim skupom znakova i simptoma ili dosljednih anatomskih promjena. Osim toga, dijagnozu mora izvršiti registrirani liječnik. Bolešću će se smatrati sve ozljede i posljedice koje proizlaze iz iste dijagnoze, kao i sve bolesti istog uzroka ili srodnih uzroka. Ako je bolest uzrokovana istim uzrokom koji je proizveo prethodnu bolest ili srodan uzrok, bolest će se smatrati nastavkom prethodne bolesti, ne kao zasebna bolest.

Preliminarni medicinski certifikat: Pismeno odobrenje izdano od strane tvrtke Further i/ ili osiguravatelja, što uključuje potvrdu pokriva u skladu s policom prije provedbe liječenja u inozemstvu u navedenoj bolnici, za bilo koji oblik liječenja, usluge, pomagala ili recepte koji se odnose na potraživanje.

Kognitivni poremećaji: poremećaji koji značajno narušavaju kognitivnu funkciju pojedinca do točke u kojoj je normalno funkcioniranje u društvu nemoguće bez liječenja, kao što je definirano najnovijom verzijom DSM-5 Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-V).

Kardiolog konzultant: Liječnik koji je specijaliziran i službeno priznat kao kardiolog od strane lokalnog liječničkog zbora u dijagnosticiranju i liječenju bolesti ili stanja srca i krvnih žila.

III. Ponuda i polica

Članak 3.

- (1) Ugovor o osiguranju sklapa se na temelju pisane ponude učinjene osiguratelju. Ponuda je sastavni dio ugovora o osiguranju.
- (2) Podaci za sklapanje ugovora o osiguranju i podaci o opasnostima koje utječu na prihvata u osiguranje ili na visinu rizika, a koji osiguratelj treba preuzeti u pokriće, moraju biti istiniti i navedeni u pisanoj ponudi točno i potpuno.
- (3) Ponuda osiguranja sadrži bitne elemente za sklapanje ugovora o osiguranju, a osiguratelj zadržava pravo tražiti i dodatne podatke (npr. liječnički pregled, medicinsku dokumentaciju i sl.) u svrhu sklapanja ugovora.
- (4) U slučajevima kada ugovaratelj osiguranja nije ujedno i osiguranik, Osiguratelj može zatražiti da ponudu potpiše i osoba koja treba biti osigurana na temelju te ponude. U tom slučaju pisana suglasnost osiguranika treba biti dana na ponudi ili u odvojenom pismu prilikom potpisivanja ponude s naznakom iznosa osiguranja.
- (5) Osobe mlađe od 18 godina mogu se osigurati samo uz suglasnost zakonskog zastupnika.

Članak 4.

- (1) Pisana ponuda za sklapanje ugovora o osiguranju učinjena Osiguratelju veže ponuditelja 8 (osam) dana od dana kada je Osiguratelj primio ponudu za osiguranje bez liječničkog pregleda, odnosno 30 (trideset) dana ako je potreban liječnički pregled.
- (2) Ako Osiguratelj u roku iz prethodnog stavka ovoga članka nije odbio ponudu koja ne odstupa od uvjeta po kojima osigurava, smatra se da je prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen. U tom slučaju smatra se da je osiguranje sklopljeno onog dana kada je ponuda prispjela Osiguratelju.
- (3) Ako Osiguratelj izjavi da prihvaća ponudu samo pod promijenjenim uvjetima, osiguranje se smatra sklopljenim onog dana kada je ponuditelj pristao na promijenjene uvjete.
- (4) Ponuditelj ima pravo odustati od sklapanja ugovora o osiguranju u potpunosti u rokovima sukladno stavku (1) ovoga članka i zatražiti povrat premije umanjene za administrativne troškove, a ukoliko Osiguratelj nije prethodno izjavio prihvata ponude ili dao drugu ponudu.

(5) Ako se u razdoblju od podnošenja ponude do prihvata ponude u osiguranje povećaju opasnosti koje utječu na prihvata ili visinu rizika, kao što su oboljenja ili ozljede osiguranika, osiguranik, odnosno ugovaratelj osiguranja obavezan je o tome bez odgađanja nakon spoznaje pisanim putem izvijestiti Osiguratelja.

(6) Osiguratelj zadržava pravo odbiti ponudu za osiguranje ne navodeći razloge odbijanja ponude u gore navedenim rokovima, a ponuda s priloženim dokumentima ne vraća se ugovaratelju osiguranja.

(7) Sve promjene ponude i zahtjevi ponuditelja, ugovaratelja ili Osiguratelja trebaju biti u pisanoj obliku, a smatra se da su podneseni na dan kada ih je primila strana kojoj su poslani. Ukoliko se promjene šalju poštom kao dan primitka smatra se dan predaje istih poštanskom uredu.

(8) Primjerak ponude čini sastavni dio ugovora o osiguranju kada je ponuda prihvaćena. Potpis ponuditelja u svojstvu ugovaratelja na ponudi smatra se potpisom na polici.

Članak 5.

- (1) Polica osiguranja je isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju.
- (2) Polica sadrži: naziv osiguratelja, ime i prezime ugovaratelja osiguranja, ime i prezime osiguranika, dan rođenja osiguranika, rizike obuhvaćene osiguranjem, početak i istek osiguranja, iznos osiguranja, premiju osiguranja, datum izdavanja police i potpise ugovornih strana.
- (3) Uz ponudu, izjavu o zdravstvenom stanju i policu, sastavni dio ugovora o osiguranju su i ovi Uvjeti osiguranja.

IV Početak i istek osiguranja

Članak 6.

- (1) Početak osiguranja može biti bilo koji dan u mjesecu.
- (2) Osiguranje počinje istekom 24.00-og sata dana koji je na ponudi i polici naveden kao dan početka osiguranja ako je do tada plaćena premija odnosno njezin prvi obrok.
- (3) Ako je na polici naveden samo početak osiguranja (bez navođenja dana isteka osiguranja), ugovor se produljuje iz godine u godinu sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkáže u smislu članka 25. ovih Uvjeta.
- (4) Obveza Osiguratelja počinje od dana početka osiguranja ako je do tada plaćena premija ili njezin prvi obrok. Ako premija ili njezin prvi obrok nije plaćen do početka osiguranja, obveza osiguratelja počinje istekom 24.00 sata dana kada ugovorena premija odnosno njezin prvi obrok bude plaćen u cijelosti.
- (5) Ako je ugovorena karenca, obveza osiguratelja počinje u 00.00 sata prvog sljedećeg dana nakon isteka karence pod uvjetom da je plaćena dospjela premija.
- (6) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika istekom 24. sata onog dana:
 - a) koji je na polici naveden kao dan isteka osiguranja;
 - b) kada nastupi osiguranikova smrt;
 - c) kada osiguranik postane potpuno lišen poslovne sposobnosti;
 - d) kada istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navrší 85 (osamdeset i pet) godina života ili 35 (trideset i pet) godina u slučaju uzdržavane djece;
 - e) kada protekne rok iz članka 12. stavka (1) ovih Uvjeta osiguranja, a premija do tog roka nije plaćena.
- (7) Tijekom razdoblja osiguranja premija osiguranja može se povećati u novoj osigurateljskoj godini prema važećem cjeniku i novom dobnom razredu osiguranika. Premija po dobnoj skupini i cjenik iskazuju se na polici osiguranika. Osiguratelj nema obvezu izvijestiti osiguranika o promjenama premije iz gore navedenih razloga na drugi način, osim na polici.

V. Karenca

Članak 7.

- (1) Kod sklapanja novog osiguranja ugovara se razdoblje čekanja (karenca) u trajanju od 90 (devedeset) dana od dana početka osiguranja navedenog na polici ili od dana uključivanja novog osiguranika.
- (2) Za vrijeme karence osiguranik nema pokrića i ne može koristiti prava iz osiguranja. Za vrijeme karence ugovaratelj osiguranja se obvezuje plaćati premiju osiguranja.
- (3) Ukoliko se bolest pokrivena ovim Uvjetima osiguranja dijagnosticira ili se njezini prvi, medicinski potvrđeni, relevantni simptomi (*) ili nalazi (znakovi) pojave tijekom trajanja karence ista neće biti u pokriću tijekom cijelog trajanja osiguranja.

(* Radi izbjegavanja sumnje, simptomi ili nalazi (znakovi) moraju biti strogo vezani uz relevantno stanje koje se razmatra, a ne uz nepovezano ili odvojeno stanje.

- (4) Kod obnove osiguranja karenca se ne ugovara uz uvjet da se osiguranje redovno obnavlja najkasnije u roku 30 dana od dana

isteka prethodnog ugovora te uz uvjet uplate dospjele premije ili prvog obroka premije.

(5) U slučaju da osiguranje ne bude obnovljeno unutar roka od 30 dana od isteka prethodnog ugovora, karenca se ponovo ugovara za novo osiguranje te se provodi procjena zdravstvenog stanja na temelju izjave o zdravstvenom stanju.

VI. Spособnost za osiguranje

Članak 8.

(1) Osiguranik može biti fizički zdrava osoba pristupne dobi od 18. do 65. godina života s istekom osiguranja najkasnije u 85. godini života. Iznimno, ukoliko se ugovara obiteljska polica osiguranik može biti dijete od 31. dana života do uključujući 17. godinu života.

(2) Pristupna dob se računa kao razlika između godine početka osiguranja i godine rođenja osiguranika.

(3) Osiguranik može biti samo osoba:

a) koja ima prebivalište ili uobičajeno boravište u Republici Hrvatskoj; i

b) koja u posljednjih 10 godina nije zatražila liječenje, praćenje, promatranje niti dijagnostičke pretrage vezane uz postojanje ili mogućnost postojanja oboljenja vezano uz:

I. Bilo koji oblik raka, leukemije, Hodgkinove bolesti, limfoma, sarkoma ili melanoma

II. Bilo koje:

- prekancerozne lezije,
- granični tumor,
- displaziju,
- povišeni tumorski marker u krvi (PSA) od 4,0 ng / mL ili više
- abnormalni cervikalni bris ili mamogram,
- hipertireozu,
- prisutnost polipa u debelom crijevu, tankom crijevu i / ili želucu i
- bilo koji madež ili pjegicu koja je prokrvarila, postala bolna, promijenila boju ili povećala veličinu

... od kojih se nije u potpunosti oporavio/la i / ili nije bio otpušten/a s naknadnog liječenja

III. Bilo koji poremećaj krvi ili nasljedni imunološki poremećaj za koji je potrebno liječenje u razdoblju duljem od jednog mjeseca, a koji zahtijeva redovito ili kontinuirano liječenje, osim posebne prehrane (na primjer aplastična anemija, limfom, leukemija, mijelom, mijelodisplastični sindrom, anemija srpastih stanica, talasemija)

IV. Bilo koju vrstu:

- tumora, kvržica, cista ili
- vaskularnog ili cirkulacijskog stanja uključujući moždani udar, prolazni ishemijski napad (TIA), krvarenje u mozgu (krvarenje), abnormalne krvne žile (arteriovenska malformacija, aneurizma, tromb ili embolus u mozgu) u mozgu ili oko njega;

V. Bilo koji oblik bolesti srca (uključujući srčani udar, anginu, poremećaje srčane žile, poremećaje srčanih zalistaka, srčani šum ili reumatsku groznicu, zatajenje srca, proširenje srca ili kardiomiopatiju). Pri tome se eventualni visoki krvni tlak i / ili visoki kolesterol mogu zanemariti;

VI. Dijabetes. Pri tome se gestacijski dijabetes može zanemariti;

VII. Kronična oštećenja bubrega, dijalizu, cirozu jetre ili kronično zatajenje jetre.

c) kod koje niti jednom od bioloških roditelja, braće ili sestara, prije 50.godine starosti nije dijagnosticirana kardiovaskularna bolest (srčani udar, ugradnja prenosnice ili moždani udar), bolest policističnih bubrega ili rak crijeva, dojke, debelog crijeva, jajnika, prostate, melanoma, gušterače ili bubrega.

d) koja trenutno nema ili nije imao/la tijekom posljednjih 6 mjeseci bilo kakve trajne ili ponavljajuće simptome i / ili znakove koji još nisu istraženi.

To uključuje kvržicu na grudima ili testisima, rektalno krvarenje, krv u mokraći, neobični kašalj, žuticu, neobjašnjivi gubitak težine, glavobolje sve veće učestalosti, poremećaje vida (mutni / dvostruki vid, neobjašnjivi gubitak vida), neobjašnjivi gubitak sluha, govorne poteškoće, slabost udova, napadaje, napadaje ili nesvjesticu i abnormalne laboratorijske vrijednosti krvnog pregleda.

e) koja trenutno nije u postupku zakazivanja ili nije zakazao/la liječnički ili bolnički pregled čija je svrha podijeliti ili raspraviti bilo koji od simptoma spomenutih u gore navedenom pitanju b); ili trenutno čeka rezultate testova, postupaka ili analiza za takve simptome ili nalaze.

f) koja nema zakazan termin za magnetsku rezonancu dojke (MRI) u posljednjih 12 mjeseci.

g) koja nema presađeni organ niti mu/joj je bila preporučena transplantacija ili trenutno nije na listi čekanja za presađivanje organa.

(4) Osobe lišene poslovne sposobnosti ne mogu se osigurati.

VII. Oblik ugovora o osiguranju

Članak 9.

(1) Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovoru vrijede samo ako su sklopljeni u pisanom obliku.

(2) Svi zahtjevi ili izjave podneseni su pravovremeno ako su podneseni u roku predviđenom odredbama ovih Uvjeta osiguranja.

VIII. Premija osiguranja

Članak 10.

(1) Premija osiguranja utvrđena je cjenikom Osiguratelja, a ovisi o pristupnoj dobi osiguranika.

(2) Kod obnove osiguranja Osiguratelj zadržava pravo promjene premije osiguranja ako dođe do promjene parametara koji utječu na visinu premije kao što su: cijena medicinskih usluga na tržištu, promjene zakonskih odredbi koje utječu na promjenu visine premije ili promjene cijene usluga Best Doctors. Osiguratelj će u tom slučaju obavijestiti ugovaratelja osiguranja pisanim putem najkasnije 30 dana prije isteka Ugovora o osiguranju.

(3) Ukoliko ugovaratelj ne prihvati promjenu premije u roku 30 (trideset) dana od dana primitka pisane obavijesti Ugovor o osiguranju se neće obnoviti.

Članak 11.

(1) Premija osiguranja i iznos osiguranja ugovaraju se u EUR-ima, a plaćaju u HRK.

(2) Premija se preračunava na temelju kunske protuvrijednosti EUR prema srednjem tečaju Hrvatske narodne banke (HNB) na dan fakturiranja.

(3) Premija se plaća unaprijed godišnje i to jednokratno ili obročno u rokovima utvrđenim u ponudi osiguranja, a prema cjeniku Osiguratelja. Za godišnje plaćanje premije odjednom odobrava se popust sukladno važećem cjeniku.

(4) Ugovaratelj je obavezan plaćati premiju u ugovorenim rokovima i na ugovoren način.

(5) Premija se plaća na blagajni Osiguratelja, putem pošte ili banke. Smatra se da je premija plaćena onog dana kada je uplata provedena na žiro račun Osiguratelja odnosno kad je uplata provedena na blagajni Osiguratelja.

(6) Premija se plaća u punom iznosu bez umanjenja za troškove platnog prometa.

(7) Za svaki dan prekoračenja roka za plaćanje premije, Osiguratelj može obračunati zakonsku zateznu kamatu.

(8) Osiguratelj je obavezan primiti premiju od svake osobe koja ima pravni interes da premija bude plaćena.

(9) Osiguratelj ima pravo pri isplati osigurnine po bilo kojoj osnovi ugovora o osiguranju, odbiti od osigurnine svu do tada dospjelu, a neplaćenu premiju po polici i zakonsku zateznu kamatu te neplaćenu premiju po polici za osigurateljnu godinu u kojoj se dogodio osigurani slučaj.

IX. Posljedice neplaćanja premije

Članak 12.

(1) Ako ugovaratelj osiguranja na poziv Osiguratelja, koji mu mora biti dostavljen preporučenim pismom, ne plati dospjelu premiju u roku određenom u tom pismu, a koji ne može biti kraći od 30 (trideset) dana, računajući otkad mu je pismo uručeno, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, Osiguratelj može izjaviti ugovaratelju osiguranja da raskida ugovor.

(2) U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

(3) Premija ugovorena za tekuću godinu trajanja osiguranja pripada Osiguratelju kad je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka zbog isplate osigurnine odnosno ispunjenja obveze Osiguratelja iz ugovora o osiguranju. U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju prije isteka ugovorenog roka Osiguratelju pripada razmjerni iznos premije samo do završetka dana do kojega je trajalo osiguranje.

X. Način obavješćivanja

Članak 13.

(1) Ugovaratelj osiguranja obavezan je bez odgađanja javiti promjenu prebivališta, adrese stanovanja i mjesta plaćanja premije u protivnom Osiguratelj zadržava pravo slati pisane obavijesti na posljednju adresu ugovaratelja osiguranja dostavljenu Osiguratelju.

(2) Sve odredbe poslanih obavijesti Osiguratelja na način definiran prethodnim stavkom ovog članka, stupaju na snagu s danom predaje obavijesti poštanskom uredu kao da ih je ugovaratelj primio.

(3) Sve promjene ponude, zahtjevi, obavijesti ili izjave ponuditelja, ugovaratelja, osiguranika ili Osiguratelja trebaju biti u pisanom obliku, a smatra se da su podneseni na dan kada ih je primila strana kojoj su poslani. Ukoliko se isti šalju poštom kao dan primitka smatra se dan predaje istih poštanskom uredu.

XI. Osigurani slučaj

Članak 14.

(1) Osigurani slučaj je oboljenje Osiguranika dijagnosticirano od strane ovlaštenog liječnika osiguranika za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju ukoliko su ispunjeni svi sljedeći uvjeti:

- Medicinski postupak je proveden tijekom perioda pokrivanja;
- Riječ je o dijagnozi čiji tretman zahtjeva medicinski opravdano liječenje ili medicinski postupak koji je u pokriću prema ovim Uvjetima osiguranja;
- Prvi simptomi ili znakovi (*) dijagnosticiranog oboljenja se nisu pojavili prije početka osiguranja niti za vrijeme karence odnosno (kod obiteljskog ili grupnog osiguranja) prije dana uključivanja osiguranika u osiguranje;

(*) Radi izbjegavanja sumnje, simptomi ili nalazi (znakovi) moraju biti strogo vezani uz relevantno stanje koje se razmatra, a ne uz nepovezano ili odvojeno stanje;

- Oboljenje nije otprije dijagnosticirano;
- Dijagnosticirano oboljenje je prijavljeno Osiguratelju tijekom trajanja osiguranja odnosno u važećim zakonskim rokovima;
- Osiguranik je imao prebivalište ili uobičajeno boravište u Republici Hrvatskoj u trenutku prijave osiguranog slučaja;
- Postupak je organiziran od strane tvrtke Further u skladu s Procedurom podnošenja i rješavanja odštetnog zahtjeva iz članka 21;
- Troškovi liječenja nastaju izvan Republike Hrvatske, osim troškova lijekova iz članka 15. stavka E1;
- Troškovi medicinskih dijagnostičkih postupaka, liječenja, usluga, pomagala ili recepata pokriveni su policom kako je navedeno u članku 15.

(2) Medicinski tretmani i procedure, vezane uz dijagnoze koje su u pokriću prema ovim Uvjetima, a sukladno stavku (1) ovoga članka su:

a) Liječenje karcinoma

1. Liječenje bilo kojeg malignog tumora uključujući leukemiju, sarkom i limfom, koje karakterizira nekontroliran rast i širenje malignih stanica te invazija tkiva,
2. Liječenje bilo koje predkancerogene promjene u stanicama koja je citološki ili histološki klasificirana kao visoki stupanj displazije ili teška displazija.
3. In-situ karcinom koji je ograničen na epitel gdje se pojavio, a nije napao stromu ili okolna tkiva.

b) Ugradnja srčanih prenosnica (revaskularizacija srčanog mišića)

Izvođenje kirurškog zahvata po savjetu kardiologa konzultanta da bi se uklonilo suženje ili začepljenje jedne ili više koronarnih arterija pomoću prenosnica.

c) Zamjena ili rekonstrukcija srčanih zalistaka

Izvođenje kirurškog zahvata po savjetu kardiologa konzultanta da bi se zamijenio ili rekonstruirao jedan ili više srčanih zalistaka, neovisno o tome radi li se o operaciji otvorenog prsnog koša, minimalno invazivnom postupku ili ugradnji srčanog katetera.

d) Neurokirurgija

Podrazumijeva bilo koju kiruršku intervenciju na mozgu, ili drugim unutarlubanjanskim (intrakranijalnim) strukturama uključujući i benigne tvorbe kralježnične moždine (Medulla spinalis).

e) Transplantacija tkiva i organa sa živog darovatelja

Podrazumijeva postupke kirurške transplantacije pri kojoj osiguranik prima bubreg, segment jetre, plućno krilo, dio gušterače ili postupke transplantacije koštane srži od živog, osiguraniku kompatibilnog, darovatelja.

f) Transplantacija koštane srži

Podrazumijeva transplantaciju koštane srži (BMT) ili transplantaciju koštane srži dobivenu iz matičnih stanica iz periferne krvi (PBSCT) podrijetlom od:

- osiguranika (autologna transplantacija koštane srži); ili od živog kompatibilnog darovatelja (alogeneična transplantacija koštane srži).

Isključena je iz pokrića transplantacija krvotvornih matičnih stanica (HCT) pomoću krvi iz pupkovine.

XII. Opseg osigurateljeve obveze

Članak 15.

(1) U slučaju nastupa osiguranog slučaja definiranog u članku 14. stavak (1), tijekom trajanja osiguranja, Osiguratelj se obvezuje na pokriće troškova nastalih zbog liječenja odnosno pružanja medicinskih usluga osiguraniku isključivo izvan teritorija Republike Hrvatske uz isključenja navedena u članku 22. ovih Uvjeta osiguranja. To su sljedeći troškovi:

A) USLUGE POKRIVENE OSIGURANJEM prije liječenja u inozemstvu

1. Usluga drugog liječničkog mišljenja: Osiguranik ima pravo zahtijevati od tvrtke Further, u trenutku obavijesti o potraživanju, uslugu drugog liječničkog mišljenja za potvrdu dijagnoze oboljenja pokrivenog osiguranjem ili medicinskog postupka i procjene optimalnog plana liječenja.

2. Usluga drugog liječničkog mišljenja može se zatražiti samo jednom po prijavljenoj šteti.

B) MEDICINSKI TROŠKOVI POKRIVENI tijekom liječenja u inozemstvu

1. Troškovi bolnice, vezani uz medicinsku uslugu:
 - 1.1. Smještaj, prehrana i usluge opće njege za vrijeme osiguranikova boravka u sobi, na odjelu ili u dijelu bolnice ili na jedinici intenzivne njege ili nadzora, a sve osnovnog standarda;
 - 1.2. Ostale bolničke usluge uključujući one koje pruža odjel bolnice za vanjske pacijente (dnevna bolnica), kao i troškovi koji se odnose na cijenu dodatnog kreveta ili kreveta za pratitelja ako bolnica pruža i tu uslugu; 1.3. Upotreba operacijske dvorane i svih usluga uključenih u to.
2. Troškovi dnevne bolnice ili neovisnog centra za skrb, ali samo ako bi tretman, kirurški zahvat ili uputnica bili pokriveni policom i pruženi u bolnici.
3. Troškovi liječnika vezano za pregled, liječenje, medicinsku njegu ili kirurški zahvat.
4. Troškovi za posjete liječnika za vrijeme hospitalizacije.
5. Troškovi za sljedeće medicinske ili kirurške usluge, tretmane ili upute:
 - 5.1. Za anesteziju i primjenu anestetika, ukoliko ih izvodi specijalista anesteziolog;
 - 5.2. Laboratorijske nalaze i nalaze patologa, RTG snimke, radioterapija, upotreba radioaktivnih izotopa, kemoterapija, elektrokardiografija (EKG), ehokardiografija, mijelografija, elektroencefalografija (EEG), angiografija, kompjuterizirana tomografija (CT) i druge slične pretrage i tretmani traženi zbog dijagnoze i liječenja bolesti iz pokrića ili provođenja odobrenih medicinskih postupaka, kada ih izvodi liječnik ili se izvode pod nadzorom liječnika;
 - 5.3. Transfuziju krvi, davanje krvne plazme i seruma;
 - 5.4. Troškovi vezani uz primjenu kisika, primjenu intravenskih otopina i injekcija.
 - 5.5. Radioterapija: visokoenergetsko zračenje za smanjivanje tumora i ubijanje stanica raka rendgenskim zrakama, gama zrakama i nabijenim česticama, vrstama zračenja koje se upotrebljavaju za liječenje raka a isporučuje ih uređaj izvan tijela (terapija zračenjem iz vanjskog snopa), ili radioaktivnim materijalom smještenim u tijelu u blizini stanica raka (interna radioterapija, brahiterapija).
6. Rekonstrukcijska kirurgija za popravak ili obnovu strukture oštećene ili uklonjene medicinskim postupcima uređenim i pokrivenim ovom policom.
7. Liječenje komplikacija ili nuspojava koje su izravno povezane s medicinskim postupcima koji su uređeni i plaćeni ovom policom a iziskuju:
 - a) hitnu liječničku pomoć u bolnici ili kliničkoj ustanovi i
 - b) liječenje i obradu prije nego što se osiguranik proglasi zdravstveno sposobnim za putovanje natrag u Republiku Hrvatsku nakon završetka faze liječenja u inozemstvu.
8. Troškovi za lijekove propisane receptom dok je osiguranik hospitaliziran zbog liječenja pokrivenog oboljenja ili medicinskog postupka. Lijekovi propisani za poslijeoperativno liječenje su pokriveni 30 dana od dana kada je osiguranik završio fazu liječenja izvan Republike Hrvatske, ali samo ako su kupljeni prije povratka u Republiku Hrvatsku.
9. Troškovi transfera i transporta kopnenim ili zračnim specijalnim medicinskim vozilima kada je njihova upotreba indicirana i odobrena od strane liječnika uz prethodno odobrenje Osiguratelja odnosno Furthera.
10. Troškovi za usluge pružene živom darovatelju za vrijeme postupaka uklanjanja organa da bi bio transplantiran osiguraniku, a koji su nastali uslijed:
 - 10.1. Potrage za mogućim darovateljem, analize i testa koji se provode kako bi se utvrdio odgovarajući darovatelj unutar članova obitelji osiguranika;
 - 10.2. Bolničkih usluga koje se daju darovatelju, uključujući smještaj u bolničkoj sobi, na odjelu ili u dijelu bolnice, obroke, usluge opće njege, redovne usluge koje pruža bolničko osoblje,
 - 10.3. Kirurških zahvata i medicinskih postupaka i usluga prilikom uklanjanja organa ili tkiva darovatelja koji će se transplantirati osiguraniku.
11. Troškovi za usluge i materijalne troškove potrebne za stvaranje kulture koštane srži u vezi transplantacije koštane srži koja će biti obavljena na osiguraniku. U pokriću su troškovi koji su nastali nakon dana izdavanja preliminarnog medicinskog certifikata.

C) NE-MEDICINSKI TROŠKOVI POKRIVENI tijekom liječenja u inozemstvu

C1) PUTNI TROŠKOVI liječenja u inozemstvu

1. Za putovanje u inozemstvo osiguranika i pratitelja (ili dva pratitelja, kada je Osiguranik na liječenju maloljetan) i gdje je to primjenjivo,

živi darivatelj u slučaju presađivanja s isključivom svrhom liječenja u inozemstvu kako je odobreno od strane Furthera preliminarnim medicinskim certifikatom.

2. Osiguratelj tj. Further odgovoran je za odlučivanje o datumima putovanja na temelju odobrenog rasporeda liječenja.

3. U slučaju da osiguranik promijeni datume putovanja od onih koje je osigurao osiguratelj, tj. Further, osiguranik će morati nadoknaditi osiguravajućem društvu i / ili Furtheru sve povezane troškove organizacije i pružanja novih putnih aranžmana, osim ako su promjene potvrđene od strane Furthera kao potrebne s medicinskog stajališta.

4. Putni troškovi uključuju:

- Prijevoz od stalne adrese osiguranika do određene zračne luke ili međunarodne željezničke stanice.
- Željezničku ili avionsku kartu ekonomske klase do odredišta za liječenje i prijevoz do određenog hotela.
- Prijevoz iz određenog hotela ili bolnice do određene zračne luke ili međunarodne željezničke stanice.
- Željezničku ili avionsku kartu ekonomske klase i naknadni prijevoz do grada osiguranika na stalnoj adresi u Republici Hrvatskoj.

5. Pokriveni putni troškovi ne uključuju redovne transfere od hotela do bolnice ili liječnika tijekom trajanja liječenja u inozemstvu.

C2) TROŠKOVI SMJEŠTAJA tijekom liječenja u inozemstvu

1. Troškovi smještaja, izvan Republike Hrvatske, obuhvaćaju smještaj osiguranika i jednog pratitelja (ili dva pratitelja, kada je osiguranik na liječenju maloljetnik) i živog darovatelja u slučaju transplantacije, s isključivom svrhom liječenja uz suglasnost Furthera u preliminarnom medicinskom certifikatu.

2. Osiguratelj, tj. Further određuje dan rezervacije sukladno odobrenom planu liječenja.

3. Osiguratelj, tj. Further određuje dan povratka na osnovu planiranog završetka liječenja uz potvrdu nadležnog liječnika da je osiguranik sposoban putovati.

4. U slučaju da osiguranik promijeni dan putovanja i smještaj s kojima ga je upoznao osiguratelj tj. Further, a bez naknadnog odobrenja osiguratelja odnosno Furthera, osiguranik će biti u obvezi nadoknaditi nastale dodatne troškove putovanja i smještaja.

5. Troškovi smještaja uključuju smještaj u dvokrevetnoj sobi ili sobi sa bračnim krevetom u hotelu od tri ili četiri zvjezdice (izbor hotela se vrši na osnovu udaljenosti do bolnice ili liječnika unutar 10 km).

6. Obroci (osim doručka) i dodatni troškovi u hotelu nisu u pokriću. Podizanje razine i kvalitete usluge u odabranom hotelu također nije u pokriću.

C3) TROŠKOVI REPATRIJACIJE

1. U slučaju da osiguranik (i/ili živi darovatelj u slučaju transplantacije) umre izvan Republike Hrvatske dok mu se pruža liječenje u skladu s preliminarnim medicinskim certifikatom (autorizacijskim pismom) odobrenim od strane Furthera, Osiguratelj će pokriti trošak repatrijacije preminulog u Republiku Hrvatsku.

2. Troškovi repatrijacije su ograničeni samo na one usluge i materijalne troškove potrebne da se pripremi tijelo preminuloga za transport u Republiku Hrvatsku, uključujući:

- Troškove pogrebnog poduzeća koje nudi uslugu repatrijacije uključujući balzamiranje i sve administrativne formalnosti.
- Liječ odobrenog, najnižeg standarda
- Prijevoz posmrtnih ostataka od zračne luke do određenog mjesta ukopa u Republici Hrvatskoj.

D) NOVCANE NAKNADE U POKRIĆU tijekom liječenja u inozemstvu

1. Dnevna naknada je u pokriću u iznosu određenom policom osiguranja za svaku noć provedenu u bolnici koja je odobrena od strane Osiguratelja odnosno Furthera u preliminarnom medicinskom certifikatu (autorizacijskom pismu) izdanom radi liječenja bolesti ili provođenja medicinskog postupka, a maksimalno do 60 dana liječenja po šteti/ osiguranom slučaju.

E) MEDICINSKI TROŠKOVI U POKRIĆU tijekom liječenja u inozemstvu

E1) TROŠKOVI ZA LIJEKOVE po povratku s liječenja u inozemstvu

1. Ako se tijekom razdoblja osiguranja dogodi osiguranik slučaj prema članku 14. stavku 1., osiguratelj se obvezuje da će pokriti troškove za lijekove nastale na teritoriju Republike Hrvatske uz iznimke navedene u članku 22. Uvjeta osiguranja.

2. Troškovi za lijekove obuhvaćaju troškove lijekova kupljenih u Republici Hrvatskoj u svrhu liječenja pokrivenih bolesti ili provođenja medicinskih postupaka odobrenih od strane Osiguratelja odnosno Furthera u preliminarnom medicinskom certifikatu, za bolničko liječenje koje je trajalo duže od 3 (tri) noćenja izvan Republike Hrvatske

3. Pokriće troškova lijekova biti će odobreno pod sljedećim, kumulativno ispunjenim uvjetima:

- Lijek je preporučan od strane Osiguratelja odnosno Furthera i to od strane jednog ili više međunarodnih liječnika koji su liječili osiguranika, kao nužno potreban za nastavak liječenja.

- Lijek je registriran i odobren od odgovarajućeg, nadležnog medicinskog tijela u Republici Hrvatskoj te je propisan način distribucije i izdavanja lijeka.

- Lijek se izdaje na recept liječnika u Republici Hrvatskoj.

- Lijek je moguće kupiti u Republici Hrvatskoj.

- Recept za lijek ne prelazi količinu lijeka potrebnu za 2 (dva) mjeseca liječenja.

4. Troškovi lijekova odnose se na izvorni lijek kao i za generički lijek istih aktivnih sastojaka, jačine i oblika doziranja kao izvorni lijek.

5. Kupnju lijeka iz stavka E1) mora ugovoriti i platiti izravno osiguranik. Osiguravajuće društvo će obeštetiti osiguranika nakon primitka odgovarajućeg recepta, originalnog računa i dokaza o plaćanju.

6. Ako je trošak lijekova djelomično financiran od strane javnog zdravstva Republike Hrvatske ili police osiguranja, zahtjev za povratom temeljem ovih Uvjeta treba jasno razlikovati onih troškova koje djelomično osigurava osiguranik.

E2) NAKNADNA SKRB po povratku s liječenja u inozemstvu

1. Further može organizirati naknadnu skrb, na zahtjev osiguranika, koju će obaviti međunarodni liječnik (liječnici) koji je liječio Osiguranika ili njegov medicinski tim.

2. Naknadna skrb je pokrivena 180 dana od dana kada se osiguranik vratio u Republiku Hrvatsku nakon završetka faze liječenja u inozemstvu i samo kada je liječenje propisano ili preporučeno preko Furthera i od strane međunarodnog liječnika koji je liječio osiguranika.

3. Ako osiguranik podnese zahtjev, Further će također organizirati potrebne putne aranžmane i smještaj pod uvjetima opisanim u članku 15. stavcima C1 i C2 za osiguranika i imenovanog pratitelja/ pratitelje.

Članak 16.

(1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je obavezan isplatiti osigurninu određenu ugovorom o osiguranju i/ili započeti organizaciju liječenja osiguranika u inozemstvu u roku 14 (četnaest) dana, od dana primitka odštetnog zahtjeva s potrebnom dokumentacijom.

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

(3) Ako iznos Osigurateljve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku (1) i (2) ovoga članka, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.

(4) Ne ispunili Osiguratelj svoju obvezu u rokovima iz ovoga članka, dužuje osiguraniku zakonske zatezne kamate od dana primitka obavijesti o osiguranom slučaju, kao i naknadu štete koja mu je uslijed toga nastala.

XIII. Obveze ugovaratelja osiguranja

Članak 17.

(1) Prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, ugovaratelj osiguranja obavezan je prijaviti Osiguratelju sve okolnosti relevantne za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

(2) Ako je ugovaratelj osiguranja namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve naravi da Osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, Osiguratelj može zahtijevati poništaj ugovora.

(3) Ako Osiguratelj pri poništaju vrati do tada naplaćenu premiju osiguranja, nije u obvezi platiti troškove liječenja odnosno osigurninu ako osiguranik slučaj nastupi do dana podnošenja zahtjeva za poništaj.

(4) Ako Osiguratelj u slučaju poništaja ugovora zadrži premiju naplaćenu do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ili je naplati, u obvezi je plaćanja troškova liječenja odnosno osigurnine ako do toga dana nastupi osiguranik slučaj.

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

Članak 18.

(1) Ako je ugovaratelj osiguranja dao netočne podatke ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, Osiguratelj može po svom izboru, a u roku od mjesec dana od spoznaje za netočnost ili nepotpunost podataka, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije razmjerno većem riziku.

(2) U slučaju iz stavka (1) ovoga članka, ugovor prestaje nakon isteka 14 (četnaest) dana od dana kada je Osiguratelj priopćio svoju izjavu o raskidu ugovaratelju osiguranja, a u slučaju osigurateljeva prijedloga da se premija poveća, raskid nastupa po samom zakonu

ako ugovaratelj ne prihvati prijedlog u roku 14 (četnaest) dana od dana primitka prijedloga.

(3) U slučaju raskida ugovora u smislu stavaka (1) i (2) ovog članka, Osiguratelj je obavezan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

(4) Ako se osigurani slučaj dogodio prije nego što je utvrđena netočnost ili nepotpunost prijave, ili poslije toga, ali prije raskida ugovora, odnosno prije sporazuma o povećanju premije, osigurana se smanjuje razmjerno plaćenju premiji i premiji koju je trebalo platiti prema stvarnom riziku.

(5) Ako su Osiguratelju u trenutku sklapanja ugovora bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate okolnosti koje su od značenja za ocjenu rizika, a koje je ugovaratelj netočno prijavio ili prešutio, ne može se pozivati na netočnost prijave ili prešućivanje.

Članak 19.

(1) Ugovaratelj osiguranja je tijekom trajanja ugovora o osiguranju obavezan bez odgađanja javiti Osiguratelju gubitak statusa uzdržavanog člana obitelji, promjenu prebivališta i adrese stanovanja osiguranika zbog preseljenja ili rada u inozemstvu, a koji utječu na obvezu osiguratelja na pružanje usluge osiguranja temeljem ovih Uvjeta osiguranja.

(2) U slučaju da nastupi promjena iz stavka (2) ovoga članka ugovor će se prekinuti po isteku tekuće osigurateljne godine.

XIV. Prijava oboljelog osiguranog slučaja

Članak 20.

(1) Ugovaratelj osiguranja/osiguranik ili njegov zakonski zastupnik treba bez odgađanja obavijestiti Osiguratelja o nastanku osiguranog slučaja.

(2) Osigurani slučaj mora biti prijavljen bez odgađanja, isključivo putem Službe za klijente Osiguratelja na broj telefona 072 100 001 ili uz popunjeni obrazac elektroničkom poštom na e-mail adresu: allianzbd@allianz.hr. Obrazac za prijavu nalazi se na internetskoj stranici Osiguratelja www.allianz.hr.

(3) Nakon što osigurani slučaj bude prijavljen sukladno prethodnom stavku ovoga članka, Osiguratelj odnosno Further će povratno kontaktirati osiguranika i pokrenuti postupak dobivanja drugog liječničkog mišljenja. Osigurniku može biti ponuđeno liječenje u inozemstvu isključivo na temelju nalaza i drugog liječničkog mišljenja dobivenog u postupku dobivanja drugog liječničkog mišljenja. Za potrebe provođenja postupka dobivanja drugog liječničkog mišljenja, osiguranik treba ispuniti potrebne obrasce, uključujući davanje pisane suglasnosti osiguranika koja dozvoljava Osiguratelju i Furtheru da zatraži relevantne dijagnostičke testove i medicinske podatke, kao i dati Osiguratelju i Furtheru sve potrebne informacije u vezi svoje dijagnoze potvrđene s medicinskom dokumentacijom koju osiguranik posjeduje.

(4) Ako osiguranik zatraži uslugu drugog liječničkog mišljenja, ova usluga mora biti izvršena prije izdavanja potvrde da je prijavljena šteta u pokriću po sklopljenom ugovoru o osiguranju (polici).

XV. Procedura podnošenja i rješavanja odštetnog zahtjeva

Članak 21.

(1) Obveza osiguranika

a) Osiguranik je dužan surađivati s Furtherom pružanjem slobodnog pristupa medicinskoj dokumentaciji koju posjeduje osiguranik ili liječnici, bolnice ili druge medicinske ustanove odgovorne za liječenje do datuma kada je potencijalni osiguranik slučaj (odštetni zahtjev) bio prijavljen.

b) Svaki Zahtjev će biti ocijenjen za pokriće u okviru police samo kada su sve potrebne informacije primljene od osiguranika i odgovarajućih liječnika, bolnica ili drugih medicinskih ustanova.

(2) Procjena zahtjeva i prijedlog bolnice za liječenje

a) Po primitku svih relevantnih dijagnostičkih testova i povijesti bolesti kao što je zatražio Further, osiguranik će biti obaviješten ako je potraživanje pokriveno policom.

b) U slučaju da osiguranik želi razmotriti liječenje u inozemstvu, osiguraniku će biti dostavljen popis preporučenih bolnica.

(3) Liječenje u inozemstvu: Preliminarni medicinski certifikat

a) Nakon što osiguranik dostavi potvrdu o odluci o liječenju u inozemstvu u jednoj od ponuđenih bolnica, Further će uslugom Pomoćnog liječnika ugovoriti i osigurati liječenje u odabranoj medicinskoj ustanovi te će izdati preliminarni medicinski certifikat koji će biti valjan samo za odabranu bolnicu.

b) Lista preporučenih medicinskih ustanova i preliminarni medicinski certifikat izdaju se na osnovi procjene zdravstvenog stanja osiguranika u trenutku izdavanja. Budući da je zdravstveno stanje osiguranika podložno promjenama tijekom vremena, oba dokumenta su valjana 3 (tri) mjeseca.

c) U slučaju da osiguranik ne odabere bolnicu s popisa preporučenih bolnica ili ne pokrene liječenje u odobrenj bolnici navedenoj u preliminarnom medicinskom certifikatu u roku od tri mjeseca od izdavanja, nove verzije tih dokumenata mogu se ponovno izdati na temelju procjene trenutnog zdravstvenog stanja osiguranika.

d) Sve dok su ispunjeni uvjeti preliminarnog medicinskog certifikata, osiguratelj će, u skladu s beneficijama police, izravno preuzeti medicinske troškove obuhvaćene člankom 15. stavkom B i potrebne putne i smještajne aranžmane navedene u članku 15. stavku C1 i C2 podložno ograničenjima, isključenjima i uvjetima detaljno navedenim u polici.

(4) Povratak s liječenja u inozemstvu

a) Liječenje u inozemstvu završit će potvrdom od strane Furthera da nije propisano daljnje medicinski opravdano liječenje od strane međunarodnog/ih liječnika.

b) Nakon završetka liječenja u inozemstvu Further osigurava konačni povrat osiguranika i pratitelja u Republiku Hrvatsku te će osiguraniku predstaviti smjernice za ostvarivanje naknada za pokriveno zdravstvene troškove nakon povratka s liječenja u inozemstvu kako je detaljno opisano u članku 15. Ove smjernice će se temeljiti na preporukama međunarodnog/ih liječnika.

c) Osiguranik će po dolasku u Republiku Hrvatsku imati pravo na:

- Povrat troškova liječenja kako je navedeno u članku 15. stavku E1 i

- zahtjev Furtheru da organizira naknadnu skrb kako je navedeno u članku 15 stavku E2 tijekom narednih 180 dana.

(5) Procjena zahtjeva nakon povratka s liječenja u inozemstvu

a) Nakon konačnog povratka osiguranika u Republiku Hrvatsku, nakon završetka liječenja u inozemstvu, kao što je navedeno u stavku 4. ovoga članka, razvoj zdravstvenog stanja osiguranika može odrediti da je potrebna nova procjena za daljnje medicinski opravdano liječenje. Pod uvjetom da je policia osiguranika još uvijek aktivna u tom trenutku, osiguranik će imati pravo kontaktirati Further za izvršenje ove procjene.

b) Further će zatim ponovno osiguraniku potvrditi potrebne korake za pružanje svih relevantnih dijagnostičkih testova i medicinske dokumentacije potrebne Furtheru za obavljanje procjene.

- U slučaju da se procjenom od strane Furthera potvrdi da je potrebno daljnje medicinski opravdano liječenje zbog iste bolesti ili pokrivenog medicinskog postupka prethodno obuhvaćenog policom, to će biti procijenjeno od strane Furthera (kao što je detaljno opisano u ovom članku stavku 2), potvrđeno osiguraniku putem izdavanja novog preliminarnog medicinskog certifikata, s popisom preporučenih bolnica i mogućim liječenjem u inozemstvu (kao što je detaljno opisano u ovom članku stavak 3. Liječenje u inozemstvu i 4. Povratak s liječenja u inozemstvu), što se smatra nastavkom istog zahtjeva (isti osiguranici slučaja).

- Procjena može iziskivati, kada je to medicinski opravdano po mišljenju Furthera, provođenje nove usluge drugog liječničkog mišljenja.

- Nakon konačnog vraćanja osiguranika u Republiku Hrvatsku nakon dovršetka ove nove etape liječenja u inozemstvu, uspostaviti će se novo razdoblje od 180 dana za naknadnu skrb kako je detaljno opisano u članku 15. stavku E2.

- U slučaju da se procjenom od strane Furthera utvrdi da je ovaj novi zahtjev povezan s drugim bolestima ili medicinskim postupkom i stoga nije povezan s prethodnim zahtjevom (prethodnim osiguranim slučajem), ovaj će se scenarij smatrati novim i zasebnim potencijalnim zahtjevom, te će se slijediti postupak naveden u člancima 20. i 21. ovih Uvjeta osiguranja.

(6) Plaćanje

a) Sve dok se uvjeti iz preliminarnog medicinskog certifikata (autorizacijskog pisma) poštuju, Osiguratelj će prema sklopljenom ugovoru o osiguranju, prihvatiti osiguranikove troškove nastale u skladu s ovim Uvjetima osiguranja.

b) Radi utvrđivanja visine i opsega obveze, Osiguratelj ili Further može zahtijevati sve potrebne dokumente od osiguranika. Osiguranik snosi troškove dobivanja potrebne dokumentacije. Osiguratelj ne preuzima obvezu pribave potrebne dokumentacije na osnovi koje bi se vršila isplata osigurnine.

c) Ugovaratelj/osiguranik dozvoljava Osiguratelju da o njega provjeri istinitost korištenja usluga za koje darovatelj usluga zahtijeva plaćanje.

d) Pri podnošenju zahtjeva za povrat troškova lijekova učinjenih u Republici Hrvatskoj, ugovaratelj/osiguranik je obavezan dostaviti Osiguratelju izvornik računa koji je platio, recept ili kopiju istog te prateću medicinsku dokumentaciju.

XVI. Isključenje Osigurateljeve obveze

Članak 22.

(1) Ugovor o osiguranju je ništavan ukoliko je u trenutku njegova sklapanja već nastao osiguranici slučaj ili je bio u nastajanju, ili je bilo sigurno da će nastupiti, a uplaćena premija vraća se ugovaratelju umanjena za Osigurateljeve troškove.

(2) Isključene su u cijelosti sljedeće obveze Osiguratelja:

a) Opća isključenja

1. Svi troškovi proizašli uslijed bilo koje bolesti ili medicinskih postupaka koji nisu posebno navedeni u članku 14. i 15. ovih Uvjeta osiguranja.
2. Svi troškovi za bolesti ili povrede koje su rezultat rata, terorističkih akcija, nereda, pobuna, seizmičkih pomicanja, poplava, vulkanskih erupcija, kao i direktnih ili indirektnih posljedica radioaktivnog zračenja ili bilo koje druge, izvanredne ili katastrofalne pojave kao i službeno objavljenih epidemija.
3. Svi troškovi liječenja nastali uslijed alkoholizma, ovisnosti o opijatu i/ili trovanja uzrokovanih zlorabom alkohola i/ili upotrebe psihoaktivnih, narkotičkih ili halucinogenih droga/ lijekova. Također su izuzete posljedice i bolesti proizašle iz pokušaja samoubojstva i samoranjanja.
4. Svi troškovi koji proizlaze od bolesti i stanja uzrokovanih namjerno ili s namjerom prijevare ili su rezultat nemara ili kriminalne neodgovornosti od strane osiguranika ili su nastale za vrijeme i nakon počinjenja zločina.
5. Zahtjev u kojem osiguranik proci, tijekom ili nakon postupka procjene zahtjeva koji je odredio Further:
 - nije slijedio savjete, recepte ili utvrđeni plan liječenja nadležnog liječnika ili
 - odbija primiti bilo kakvo liječenje ili biti podvrgnut dodatnim dijagnostičkim analizama ili testovima potrebnim za uspostavu konačne dijagnoze ili plana liječenja.

b) Medicinska isključenja

1. Ranije postojeća stanja ili bolesti osiguranika kao i Druge povezane(*) bolesti koje su dijagnosticirane, tretirane ili su postojali prvi medicinski dokumentirani simptomi oboljenja tijekom perioda od 10 godina prije datuma početka osiguranja. (*) Radi izbjegavanja sumnje, stanja, simptomi ili nalazi (znakovi) moraju biti strogo vezani uz relevantno stanje koje se razmatra unutar zahtjeva, a ne uz nepovezano ili odvojeno stanje.
2. Eksperimentalno liječenje kao i one dijagnoze, terapijske i/ili kirurške procedure kod kojih sigurnost i djelotvornost nisu odgovarajuće znanstveno dokazane.
3. Medicinski postupci nastali uslijed pobola od AIDS-a (acquired immune deficiency syndrome), HIV-a (human immunodeficiency virus) ili nekog stanja proizašlog iz njih (uključujući Kaposijev sarkom), ili bilo koje drugo liječenje AIDS-a ili HIV-a.
4. Bilo koja usluga koja nije medicinski potrebna odnosno opravdana za liječenje pokrivenih bolesti ili medicinskih postupaka, kako je opisano u članku 14. ovih Uvjeta osiguranja.
5. Bilo kakvo liječenje, zdravstvena usluga, njega ili uputnica te recept, za bolest kojoj je najbolje liječenje transplantacija organa pokrivena policom (Članak 14. stavci 2e i 2f).
6. Bilo koje oboljenje ili zdravstveno stanje koje je uzrokovano medicinskim postupcima dogovorenim i plaćenim u okviru sklopljenog ugovora o osiguranju (policom), osim ako je spomenuto oboljenje ili zdravstveno stanje pokriveno oboljenje ili zahtijeva pokriveni medicinski postupak predviđen člankom 14.
7. Liječenje dugoročnih nuspojava, ublažavanje kroničnih simptoma ili rehabilitacija (uključujući, ali ne ograničavajući se na fizioterapiju, rehabilitaciju kretanja i jezičnu i govornu terapiju).
8. U odnosu na troškove lijekova koji su pokriveni nakon povratka s liječenja u inozemstvu (članak 15. stavak E1), primjenjuju se sljedeća izuzeća:
 - svi troškovi lijekova koji su u potpunosti financirani od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje Republike Hrvatske ili koji su pokriveni bilo kojom drugom policom osiguranja koju ima osiguranik.
 - troškovi izdavanja lijeka.
 - svaka kupnja lijekova nastala izvan Republike Hrvatske. računi dostavljeni Osiguratelju više od 180 dana nakon kupnje lijeka.

c) Isključenje troškova

1. Svaki trošak u vezi s ili proizašao iz nekog dijagnostičkog postupka, liječenja, usluge, njege ili recepta bilo koje prirode, ako osiguranik u trenutku podnošenja odštetnog zahtjeva (prijave osiguranog slučaja) nije imao prebivalište ili uobičajeno boravište u Republici Hrvatskoj.
2. Bilo koji trošak koji je nastao vezano uz dijagnosticiranu, prijavljenu ili liječenu bolest ili pokazivanje prvih povezanih(*) dokumentiranih

simptoma ili znakova dijagnosticiranog oboljenja za vrijeme karence.

(*) Radi izbjegavanja sumnje, bolesti, simptomi ili nalazi (znakovi) moraju biti strogo vezani uz relevantno stanje koje se razmatra, a ne uz nepovezano ili odvojeno stanje.

3. Troškovi koji su se dogodili prije izdavanja preliminarnog medicinskog certifikata (autorizacijskog pisma).
4. Troškovi napravljeni u medicinskoj ustanovi koja nije autorizirana i navedena u preliminarnom medicinskom certifikatu (autorizacijskom pismu).
5. Troškovi napravljeni suprotno odredbi članka 14. i 15. ovih Uvjeta osiguranja.
6. Troškovi usluge kućne njege ili usluge dobivene u toplicama, ustanovama za rehabilitaciju, hospiciju ili staračkom domu, čak i kada su takve usluge tražene i potrebne kao rezultat pokrivenih bolesti ili medicinskog postupka.
7. Troškovi proizašli iz kupnje (ili najma) nekog tipa proteze ili ortopedskog pomagala, korzeta, zavoja, štaka, umjetnih udova ili organa, perika (čak i kada se njihova upotreba smatra potrebnom za vrijeme kemoterapijskog liječenja), ortopedske obuće, poveza i druge slične opreme ili proizvoda sa izuzetkom:
 - a. prsnih proteza nakon mastektomije obavljene i plaćene u skladu s odredbama ovih Uvjeta osiguranja i
 - b. protetskih srčanih zalistaka korištenih u operaciji zamjene ili rekonstrukcije srčanih zalistaka obavljene i plaćene u skladu s odredbama ovih Uvjeta osiguranja (police).
8. Troškovi nastali kupnjom ili najmom invalidskih kolica, specijalnih kreveta, klimatizacijskih uređaja, pročišćavača zraka i ostalih sličnih proizvoda ili opreme.
9. Svi farmaceutski proizvodi i lijekovi koji nisu nabavljeni kod licenciranog ljekarnika ili su nabavljeni bez liječničkog recepta.
10. Troškovi lijekova koji su u pokriću sukladno članku 15. stavku E1. ovih Uvjeta osiguranja koji su pokriveni putem Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ili su pokriveni putem bilo koje druge police osiguranja.
11. Troškovi administracije lijekova iz članka 15. stavka E1. ovih Uvjeta osiguranja.
12. Troškovi nabave lijekova iz članka 15. stavka E1. ovih Uvjeta osiguranja nastali izvan Republike Hrvatske.
13. Računi za lijekove iz članka 15. stavka E1. ovih Uvjeta osiguranja koji su dostavljeni Osiguratelju u roku dužem od 3 (tri) godine nakon dana kupnje.
14. Troškovi korištenja proizvoda i postupaka alternativne medicine, čak i kada su bili propisani od strane liječnika.
15. Troškovi medicinske njege ili boravka u zatvorenom prostoru u slučajevima kognitivnih poremećaja, demencije ili gubitka moždanih funkcija bez obzira na način i uzrok nastanka.
16. Troškovi prevoditelja, telefonski i drugi troškovi osobne naravi koji nisu medicinski nužni te troškovi za bilo koje druge usluge pružene rođacima, poznicima ili pratiteljima.
17. Bilo koji trošak napravljen od osiguranika ili rođaka, poznanika ili pratitelja, osim onih nedvojbeno pokrivenih ovim Uvjetima osiguranja.
18. Bilo koji troškovi smještaja ili prijevoza ugovorenih od strane osiguranika, pratitelja osiguranika ili živog darovatelja.
19. Svi troškovi koji su nastali u vezi s bilo kojim dijagnostičkim postupkom, liječenjem, uslugom ili liječničkim receptom ili ponudom usluge bilo koje prirode nastale u inozemstvu, kada osiguranik, u trenutku prijave štete, nije imao prebivalište ili uobičajeno boravište u Republici Hrvatskoj.

d) Isključenja kod bolesti i medicinskih postupaka

1. U slučaju liječenja karcinoma (članak 14., stavak 2a)
 - 1.1. Bilo koji tumor uz prisustvo AIDS-a (Acquired Immune Deficiency Syndrome).
 - 1.2. Karcinom kože s izuzetkom malignih melanoma.
2. U slučaju srčanih prenosnica (članak 14., stavak 2b).
 - 2.1. Bilo koja metoda liječenja koronarne bolesti osim postavljanjem srčanih prenosnica isključujući i metode angioplastike i stentove
3. U slučaju transplantacije organa sa živog darovatelja / transplantacije tkiva (članak 14., stavak 2e)
 - 3.1. Transplantacija čija je potreba posljedica bolesti jetre uzrokovane konzumacijom alkohola.
 - 3.2. Transplantacija kada se transplant vodi kao auto-transplant.
 - 3.3. Bilo koja transplantacija kada je osiguranik darovatelj za neku treću osobu (nije pokriveno policom).
 - 3.4. Bilo koja transplantacija s mrtvog darovatelja (kadaverična transplantacija).
 - 3.5. Bilo koji transplantacija koji uključuje liječenje matičnim stanicama.
 - 3.6. Transplantacija omogućena kupnjom organa darovatelja.

XVII. Zastara

Članak 23.

(1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarijevaju sukladno odredbama Zakona o obveznim odnosima.

XVIII. Promjena Uvjeta osiguranja

Članak 24.

(1) Osiguratelj ima pravo za vrijeme trajanja osiguranja promijeniti ove Uvjete osiguranja.

(2) Ako se novi Uvjete osiguranja imaju primijeniti na već sklopljene ugovore, Osiguratelj mora, pisanim putem, ili na drugi odgovarajući način, obavijestiti o tome Ugovaratelja, najmanje 30 dana prije početka nove osigurateljne godine.

(3) Ugovaratelj treba do dana početka primjene novih Uvjeta osiguranja, pisanim putem izvijestiti Osiguratelja da prihvaća nove Uvjete osiguranja. Smatrat će se da je ugovaratelj prihvatio nove uvjete osiguranja ako je po dospijeću uplatio premiju osiguranja.

(4) U protivnom, ugovor o osiguranju prestaje s istekom tekuće osigurateljne godine.

(5) U slučaju prijedloga osiguratelja za povećanje premije analogno će se primijeniti odredbe stavka 1.- 4. ovog članka.

XIX. Otkaz ugovora

Članak 25.

(1) Ako je ugovor sklopljen na neodređeno vrijeme, svaka ugovorna strana, ukoliko ugovor nije prestao zbog ugovoreni razloga, može otkazati ugovor. Otkaz ugovora obavlja se pisanim putem najmanje 3 mjeseca prije isteka tekuće osigurateljne godine. Ugovor će biti prekinut na dan isteka tekuće osigurateljne godine.

XX. Izvansudsko rješavanje sporova

Članak 26.

(1) Strane su suglasne sve sporove proizašle iz odnosa osiguranja nastojati rješavati mirnim putem.

(2) Ugovaratelj osiguranja, osiguranik te korisnik osiguranja obvezni su o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa osiguranja bez odgađanja izvijestiti Osiguratelja.

(3) Obavijesti iz stavka (2) ovog članka, podnositelji dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti, potpis podnositelja obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.

(4) Osiguratelj, ugovaratelj osiguranja ili korisnik iz ugovora o osiguranju može pritužbu osiguratelju protiv odluke ili postupanja osiguratelja, podnijeti osiguratelju izjaviti usmeno na zapisnik (uz uvjet obostrane prisutnosti podnositelja i primatelja pritužbe) ili podnijeti pisani

- poštom na adresu: Allianz Hrvatska d.d., Služba za kontakte s klijentima, Heinzelova 70, Zagreb
- telefaksom pozivom na broj: 01/4653-533
- elektroničkom poštom slanjem e-maila na sljedeću e-mail adresu : osiguranje@allianz.hr
- putem web obrasca koji se nalazi na www.allianz.hr
- osobno na prodajnom mjestu osiguratelja

(1) Pritužba treba sadržavati:

- a) ime, prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika odnosno tvrtku, sjedište, ime i prezime osobe podnositelja pritužbe koji je pravna osoba;
- b) razloge za pritužbu i zahtjeve podnositelja pritužbe;
- c) dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe kada ih je moguće priložiti, a može sadržavati i isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se pritužbe 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.

(2) Rok za podnošenje pritužbe protiv odluke ili postupanja Društva iznosi 15 dana od dana kada je podnositelj pritužbe primio odluku na koju podnosi pritužbu, odnosno od dana kada je saznao za razlog pritužbe.

(3) Pritužbe rješava Služba za kontakte s klijentima u suradnji s nadležnom organizacijskom jedinicom. Osiguratelj je dužan odgovoriti na pritužbu najkasnije u roku od 15 dana od primitka pritužbe, a na pritužbe pristigle pisanim putem, šalje se pisani odgovor klijentu. Ako je pritužba podnesena elektroničkom poštom ili podnositelj pritužbe to traži, odgovor na pritužbu može se poslati elektroničkom poštom.

(4) Kada odgovor na pritužbu ne ispunjava ili ne ispunjava u cijelosti zahtjeve iz pritužbe, podnositelju pritužbe treba objasniti položaj Društva u pogledu pritužbe, a podnositelj pritužbe ima pravo na:

- a) podnošenje pritužbe pravobranitelju osiguranja zbog kršenja kodeksa o poslovnoj osiguravateljskoj i reosiguravateljskoj etici,
- b) pokretanje postupka za mirno rješavanje spora, primjerice pred Centrom za mirenje pri Hrvatskom gospodarskoj komori i/ili Centrom za mirenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje,
- c) podnošenje tužbe nadležnom sudu.

(5) Svi sporovi koji proizlaze iz odnosa osiguranja ili u vezi s njim, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede ili prestanka, kao i na pravne učinke koji iz toga proistječu, mogu se uputiti na mirenje pri jednoj od organizacija za mirenje u Republici Hrvatskoj (Hrvatski ured za osiguranje, Hrvatska gospodarska komora ili Hrvatska udruga poslodavaca).

(6) Osim navedenog, u slučaju spora koji proizlazi iz ugovora o osiguranju sklopljenog online, moguće je podnošenje pritužbe s ciljem rješavanja nastalog spora putem Platforma za online rješavanje potrošačkih sporova (Platforma za ORS). Link za pristup platformi nalazi se na www.allianz.hr

XXI. Nadležnost u slučaju spora

Članak 27.

(1) U slučaju da se unatoč nastojanja sporazumnog rješavanja spora ne uspije postići mirno rješenje spora, za sudske sporove ugovara se nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu.

XXII. Primjena prava

Članak 28.

(1) Mjerodavno je pravo koje su ugovorne strane izabrale, u skladu s člankom 7. Uredbe (EZ) br. 593/2008 Europskog parlamenta i vijeća od 17.06.2008. i Ispravka te Uredbe od 06.03.2013.g. U slučaju neizbora prava mjerodavno je pravo države u kojoj Osiguratelj ima redovito boravište/ sjedište, osim ako ugovor prema okolnostima predmeta ima više veze s nekom drugom državom, kada se primjenjuje pravo te druge države.

(2) Kad stranka nema slobodu izbora mjerodavnog prava, primjenjuje se hrvatsko pravo.

XXIII. Primjena Uvjeta osiguranja

Članak 29.

(1) Ovi Uvjete primjenjuju se na ugovore o osiguranju sklopljene od 15.lipnja 2019.

www.allianz.hr

Info telefon 072 100 001

