

Opći uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Osiguratelj: UNIQA osiguranje d. d., Zagreb.

Ugovaratelj osiguranja: osoba koja je s Osigurateljem sklopila ugovor o osiguranju.

Osiguranik: osoba koja temeljem nastalog osiguranog slučaja ima pravo na ispunjenje ugovorene osigurateljne obveze.

Premija osiguranja: novčani iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti po ugovoru o osiguranju.

Osigurani slučaj: ostvareni rizik koji je pokriven osiguranjem.

Osigurnina: novčani iznos koji isplaćuje Osiguratelj kad nastupi osigurani slučaj.

Polica osiguranja: isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju.

Iskaznica osiguranja: isprava koju izdaje Osiguratelj i kojom Osiguranik ostvaruje prava iz sklopljenog ugovora te koja dokazuje njegov status osiguranika.

Osigurateljna godina: vrijeme od dvanaest mjeseci koje se računa od dana početka ugovora o osiguranju.

Članak 1.

OPĆE ODREDBE

- 1.1. Opći uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kojega je ugovaratelj osiguranja sklopio s UNIQA osiguranjem d.d. (u daljnjem tekstu Osiguratelj). Osigurani rizici i druge odredbe u skladu s odgovarajućim vrstama osiguranja, osiguravaju se prema Posebnim uvjetima osiguranja.
- 1.2. Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sklapa se temeljem pisane ponude. Iznimno, ugovor dopunskog zdravstvenog osiguranja se može sklopiti i putem sredstava daljinske komunikacije ili samim plaćanjem premije.
- 1.3. Ako se osiguranje sklapa putem sredstava daljinske komunikacije, osiguranje se smatra sklopljenim nakon izvršene uplate premije odnosno prve rate premije.

Članak 2.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

- 2.1. Osiguranikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja može postati samo ona osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.
- 2.2. U pravilu se osiguravaju zdrave osobe do navršениh 75 godina života. Pristupna starost Osiguranika je razlika između početka osiguranja i godine rođenja Osiguranika.
- 2.3. Uvjetno zdrave osobe te osobe koje nisu zdrave, mogu se osigurati temeljem procjene ovlaštenih osoba Osiguratelja, sukladno zdravstvenom stanju.
- 2.4. Osobe mlađe od 18 godina mogu se osigurati samo uz pisanu suglasnost zakonskog zastupnika.
- 2.5. Duševno bolesne osobe i osobe lišene poslovne sposobnosti ne mogu se osigurati.
- 2.6. Zbog izrazito visokog uvećanog rizika Osiguranik se može, prilikom prihvata u osiguranje, kao i prilikom produženja (obnove) isteklog ugovora o osiguranju, ocijeniti apsolutno nesposobnim za osiguranje.
- 2.7. Osiguratelj ima pravo odbiti ponudu za osiguranje ne navodeći razloge odbijanja ponude, prilikom prihvata u osiguranje, kao i prilikom produženja (obnove) isteklog ugovora o osiguranju.

Članak 3.

TRAJANJE OSIGURANJA

- 3.1. Osigurateljna zaštita počinje u 00.00 sati onoga dana koji je na polici naveden kao početak osiguranja, pod uvjetom da je Osiguratelju prije toga plaćena premija, odnosno premijski obrok, ako nije ugovoreno drugačije. Ako je premija plaćena nakon početka osiguranja, obveza Osiguratelja počinje u 00.00 sati sljedećeg dana računajući od dana kada je plaćena premija.
- 3.2. Ako je ugovoreno razdoblje čekanja, obveza Osiguratelja počinje od prvog sljedećeg dana nakon isteka razdoblja čekanja, odnosno istekom 24-tog sata 15-og dana nakon dana koji je na polici naveden kao dan početka osiguranja, pod uvjetom da je plaćena premija, odnosno premijski obrok.

- 3.3. Osiguranje prestaje za svakoga pojedinog Osiguranika istekom 24-tog sata dana koji je na polici naveden kao dan isteka osiguranja.
- 3.4. Produženje (obnova) isteklog ugovora o osiguranju moguće je pod uvjetom da je premija temeljem ponude Osiguratelja za novo osigurateljno razdoblje plaćena do dana isteka postojećeg ugovora, odnosno najkasnije 30 dana od dana isteka prethodnog ugovora o osiguranju.
- 3.5. Ako je na polici naveden samo početak osiguranja, ugovor se produžuje iz godine u godinu sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkáže pisanim putem najmanje 90 dana prije isteka tekuće osigurateljne godine.
- 3.6. Osiguranjem su pokriveni osigurani slučajevi koji su nastupili u razdoblju dok je postojalo osigurateljno pokriće. Osiguratelj neće nadoknaditi troškove koji nastanu uslijed medicinskog tretmana ili liječenja nastalog nakon isteka ugovora o osiguranju bez obzira da li je liječenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju (za osigurane slučajeve koji su već nastali tijekom trajanja osiguranja i za slučajeve koji će nastati nakon isteka osiguranja).
- 3.7. Ugovor o osiguranju ne može se sklopiti na vrijeme kraće od jedne godine.

Članak 4.

RAZDOBLJE ČEKANJA

- 4.1. Pod razdobljem čekanja podrazumijeva se razdoblje u kojem Osiguratelj nije u obvezi ni na kakvu isplatu naknade iz osiguranja. Razdoblje čekanja računa se od početka osiguranja.
- 4.2. Opće razdoblje čekanja iznosi 15 dana od dana naznačenog na polici kao početak osiguranja.
- 4.3. Opće razdoblje čekanja se ne primjenjuje:
 - u slučaju nezgode koja nastane u razdoblju početka;
 - u slučaju neprekinutog produljenja trajanja osiguranja za osiguranike koji su imali ranije ugovoreno dobrovoljno zdravstveno osiguranje kod Osiguratelja, a koje je isteklo najviše 30 dana prije sklapanja novog ugovora o osiguranju.
- 4.4. Posebna razdoblja čekanja su razdoblja čija su trajanja određena Posebnim uvjetima osiguranja i/ili policom.
- 4.5. Za bolesti i posljedice nezgode za koja liječenje započne tijekom razdoblja čekanja postoji osiguravajuća zaštita tek nakon isteka razdoblja čekanja.
- 4.6. Kod promjene ugovora o osiguranju zbog ugovaranja većeg opsega pokrivanja i primjene više tarife, pravo na veći opseg osiguravajuće zaštite prema izmijenjenom ugovoru o osiguranju počinje s danom isteka razdoblja čekanja, koje se računa počevši od dana stupanja na snagu promjene ugovora.

Članak 5.

SADRŽAJ I PODRUČJE DJELOVANJA OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE

- 5.1. Osigurani slučaj je medicinski potrebno liječenje Osiguranika zbog bolesti ili posljedica nezgode. Osigurani slučaj počinje liječenjem i završava kada prema medicinskom nalazu više nije potrebno liječenje. Ukoliko postoji potreba za produženjem liječenja zbog bolesti ili posljedica nezgode koja nije u neposrednoj vezi s dotadašnjim liječenjem, tada nastaje novi osigurani slučaj.
- 5.2. Osiguranim slučajem smatra se i porođaj, uključujući i u trudnoći potrebne preglede te s trudnoćom povezana medicinski potrebna liječenja.
- 5.3. Liječenje je medicinski tretman koji se prema opće priznatim pravilima medicinske znanosti smatra primjerenim za ponovno uspostavljanje zdravlja, poboljšanje stanja ili sprečavanje pogoršanja.
- 5.4. Bolest je prema opće priznatom stavu medicinske znanosti nenormalno fizičko ili duševno stanje.
- 5.5. Nezgoda je događaj koji nije uvjetovan voljom Osiguranika, a djeluje iznenada, izvana, mehanički ili kemijski na njegovo tijelo i za posljedicu ima tjelesno oštećenje.
- 5.6. Osiguravajuća se zaštita proteže i na nezgode prouzročene srčanim infarktom i na nezgode uslijed moždanih udara te duševnih poremećaja i gubitaka svijesti (isključujući slučajeve pod utjecajem alkohola ili opojnih sredstava). Međutim, srčani infarkt i moždani udar se ni u kojem slučaju ne smatraju posljedicom nezgode.

- 5.7. Kile u predjelu trbuha i/ili donjeg dijela tijela prouzročene ili pogoršane nezgodom ne smatraju se posljedicom nezgode.
- 5.8. Za liječenja uzrokovana nezgodama:
- u zrakoplovstvu (ne odnosi se na putnike na redovnom letu);
 - nastalim sudjelovanjem ili treningom u sportskim natjecanjima s motornim vozilima;
 - prilikom sudjelovanja na skijaškim natjecanjima ili vožnjama boba kao i prilikom slobodnog penjanja ili leta zmajem;
 - postoji osiguravajuća zaštita kao za liječenje zbog bolesti.
- 5.9. Osiguravajuća zaštita vrijedi na području Republike Hrvatske, ako nije drugačije ugovoreno.

Članak 6.

OGRAIČENJE I ISKLJUČENJE OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE

- 6.1. Osiguravajuća zaštita ne postoji za:
- troškove za liječenja koja su počela prije početka osiguranja;
 - troškove liječenja zbog oboljenja koja su posljedica zdravstvenog stanja Osiguranika prije sklapanja osiguranja, ako drugačije nije ugovoreno (osim ukoliko isto nije prijavljeno u zdravstvenom upitniku te je izvršena procjena rizika i prihvat u osiguranje prema izmjenjenim uvjetima - npr. doplatak, posebni poček);
 - troškove medicinskih usluga zbog preventivne zdravstvene zaštite, osim ako drugačije nije ugovoreno;
 - kozmetičke tretmane te operacije i posljedice istih ukoliko te mjere ne služe otklanjanju posljedica nezgode;
 - neliječničke kućne njege te mjere gerijatrije, rehabilitacije i terapijske pedagogije;
 - implantacije zubi te s njima usko povezane mjere i posljedice, ukoliko ne služe otklanjanju posljedica nezgode;
 - bolesti i nezgode (posljedice nezgoda) koje nastupe ili se pogoršaju zbog konzumiranja alkohola ili opojnih droga ili se liječenje zbog konzumiranja alkohola ili opojnih droga oteža te za mjere i kure odvikavanja;
 - za sve preglede, dijagnostičke i terapijske postupke u svezi liječenja neplodnosti i planiranja trudnoće;
 - sve oblike umjetne oplodnje, kao što je npr. in-vitro-fertilizacija ili inseminacija;
 - bolesti i nezgode i posljedice nezgode prouzročene aktivnim sudjelovanjem u izgedima, tučnjavama ili izvršenjem odnosno pokušajem izvršenja zakonom kažnjive radnje;
 - promjene spola;
 - troškovi liječenja nastalih zbog pokušaja samoubojstva i samoozljeđivanja Osiguranika;
 - bolesti i nezgode i njihove posljedice uzrokovane ratnim događanjima, bez obzira je li rat objavljen ili ne, neprijateljstvima ili ratu sličnim događajima, građanskim ratom, revolucijama, pobunama, ustancima ili građanskim nemirima koji nastanu iz takvih događaja, sabotaže ili terorizma počinjenog iz političkih pobuda, nasilja ili drugih sličnih događaja u kojima je aktivno sudjelovao Osiguranik;
 - stradavanja u obilježenoj minskom polju;
 - stradavanja u potresu;
 - posljedice ionizirajućih zračenja;
 - bolesti endemijskih ili pandemijskih razloga;
 - test intolerancije na hranu,
 - harmony i nifty test za trudnoće.
- 6.2. Prelazi li liječenje nužnu mjeru, Osiguratelj ima pravo umanjiti naknadu na odgovarajući iznos. Isto vrijedi za pomoćna sredstva (zdravstvena pomagala).
- 6.3. U opravdanim slučajevima Osiguratelj može iz osiguravajuće zaštite isključiti liječenje kod određenih liječnika, zubara ili pripadnika drugih medicinskih zanimanja, odnosno liječenje u određenim zdravstvenim ustanovama (ili odjelima zdravstvenih ustanova). To vrijedi za usluge koje se provode nakon što Osiguratelj dostavi pisanu obavijest Osiguraniku o isključenju. Za sve osigurane slučajeve nastale prije dostavljanja pisane obavijesti o isključenju postoji osiguravajuća zaštita do isteka trećeg mjeseca od dana dostavljanja obavijesti.
- 6.4. U svakom slučaju Osiguratelj nije obavezan ni na kakva davanja, ako je ugovaratelj osiguranja ili Osiguranik izazvao osigurani slučaj namjerno ili prijevarom.

Članak 7.

VRSTA I OPSEG OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE

- 7.1. Vrsta i opseg osiguravajuće zaštite određeni su policom osiguranja i Posebnim uvjetima osiguranja.

- 7.2. Prava po sklopljenom ugovoru o osiguranju može koristiti jedino Osiguranik. Prava se ne prenose na drugu osobu niti se nasljeđuju, osim isplate osigurnine ako je Osiguranik umro prije podnošenja zahtjeva za isplatu štete. U tom slučaju isplata će se izvršiti nasljednicima sukladno pravomoćnom rješenju o nasljeđivanju.

Članak 8.

DJELOMIČNI OTKAZ I IZMJENA UGOVORA O OSIGURANJU

- 8.1. Djelomičnim otkazom ugovora o osiguranju prema odredbama ovih Uvjeta smatra se:

- otkaz primjene nekih od Posebnih uvjeta;
- smanjenje osiguravajućeg pokrivača.

Na djelomično otkazan Ugovor o osiguranju primjenjuju se odredbe članka 3. ovih Uvjeta.

U slučaju kad jedna ugovorna strana djelomično otkazuje Ugovor o osiguranju, druga ugovorna strana ima pravo raskinuti ugovor o osiguranju u cijelosti s istekom tekuće osiguravajuće godine. Izmijenjen ugovor zbog djelomičnog otkaza primjenjuje se od prvog dana sljedećeg mjeseca od dana podnošenja zahtjeva.

Članak 9.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

- 9.1. Osiguranik je dužan obavijestiti Osiguratelja o nastupanju osiguranog slučaja najdalje u roku od tri dana otkad je to saznao.
- 9.2. Nakon nastupa osiguranog slučaja Osiguranik je dužan dostaviti Osiguratelju sve dokaze i informacije o okolnostima iz kojih se može utvrditi da je li nastao osigurani slučaj i koji je opseg obveze Osiguratelja.
- 9.3. Svi računi i dokumentacija prelaze u vlasništvo Osiguratelja.
- 9.4. Dodatne troškove za isplatu naknade iz osiguranja (za izdavanje isprava i sl) i troškove prijevoda snosi Osiguranik.

Članak 10.

PREMIJA, PRISTOJBE I TROŠKOVI

- 10.1. Ugovaratelj osiguranja dužan je plaćati ugovorenu premiju. Osiguratelj je dužan primiti premiju od svake osobe koja ima pravni interes da premija bude plaćena.
- 10.2. Premija se utvrđuje za svaku osigurateljnu godinu temeljem cjenika Osiguratelja te procjene zdravstvenog stanja i ocjene rizika.
- 10.3. Premija se u pravilu uplaćuje godišnje i obračunava se od početka osiguranja. Ugovorom o osiguranju može se odrediti plaćanje premije u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim obrocima.
- 10.4. Prva premija dopijeva do dana stupanja na snagu ugovora o osiguranju.
- 10.5. Premija se plaća u punom iznosu bez umanjenja za troškove platnog prometa, pristojbi za uplatnice i sl. Eventualne troškove za pristojbe, poreze i druga zakonom propisana davanja na premiju i dodatne izdatke iz ugovora o osiguranju koji su nastali uslijed postupanja ugovaratelja, odnosno Osiguranika, snosi ugovaratelj osiguranja.
- 10.6. Ako ugovaratelj osiguranja ili druga osoba koja ima pravni interes, ne plati premiju do njezinog dospeljeća, Osiguratelj može, osim glavnice, obračunati i zatezne kamate.
- 10.7. Osiguratelj ima pravo pri isplati odbiti od naknade svu do tada dospjelu neplaćenu premiju i zateznu kamatu.
- 10.8. Odgoda plaćanja premije moguća je samo uz pisanu potvrdu od strane Osiguratelja.
- 10.9. Premija se plaća na žiro račun Osiguratelja. Plaćanje se smatra izvršenim na dan kada je uplata premije evidentirana na žiro računu Osiguratelja.
- Ako se premija plaća putem pošte, banke ili druge ustanove za platni promet, smatrat će se da je premija plaćena s danom kad je takva ustanova primila nalog za plaćanje premije.

Članak 11.

POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

- 11.1. Ako ugovaratelj osiguranja ili druga osoba koja ima pravni interes, premiju koja je dospjela nakon sklapanja ugovora ne plati do dospeljosti, niti to učini koja druga zainteresirana strana, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu nakon isteka roka od 30 dana od kada je ugovaratelju osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguratelja s obaviješću o dospeljosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dospeljosti premije.

Članak 12.

OBVEZA PRIJAVLJIVANJA PRIJE SKLAPANJA UGOVORA O OSIGURANJU

- 12.1. Do trenutka sklapanja ugovora ugovaratelj osiguranja i osiguranik dužni su prijaviti Osiguratelju sve okolnosti koje su značajne za

ocjenu rizika, a koje su im poznate ili im nisu mogle ostati nepoznate. Okolnost značajna za ocjenu rizika je svaka okolnost za koju je Osiguratelj postavio pitanje u Ponudi i Zdravstvenom upitniku te svaka druga okolnost koja je poznata Osiguranim, a od značaja je za sklapanje osiguranja.

- 12.2. Ako je ugovaratelj osiguranja ili Osiguraničnik namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve prirode da Osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, Osiguratelj može zahtijevati poništenje ugovora.

U slučaju poništenja ugovora iz razloga navedenih u prethodnom stavku, Osiguratelj ima pravo zadržati naplaćene premije i naplatiti premije za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ugovora, ali je u obvezi plaćanja osigurnine ako do tog dana nastupi osigurani slučaj.

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

U slučaju kada je Osiguratelj izjavio da raskida ugovor, ugovor prestaje nakon isteka 14 dana od kada je Osiguratelj svoju izjavu pripočeo ugovaratelju osiguranja. U slučaju Osigurateljjevog prijedloga da se premija poveća, raskid nastupa po samom zakonu ako ugovaratelj ne prihvati prijedlog u roku od 14 dana od kada ga je primio.

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

Ako se osigurani slučaj dogodio prije nego što je utvrđena netočnost ili nepotpunost prijave ili nakon toga, ali prije raskida ugovora, odnosno prije postizanja sporazuma o povećanju premije, naknada se smanjuje u razmjeru između stope plaćenih premija i stope premija koje bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.

- 12.4. Ukoliko je ugovor sklopljen za više Osiguraničnika tada se odredbe prethodnih stavaka primjenjuju isključivo na pojedinog određene Osiguraničnika, dok u odnosu na ostale Osiguraničnike ugovor ostaje nepromijenjen.

Članak 13.

OSTALI RAZLOZI ZA PRESTANAK UGOVORA

- 13.1. Ugovor o osiguranju prestaje smrću ugovaratelja osiguranja, kao i u slučaju smrti Osiguraničnika. U slučaju smrti jednog Osiguraničnika, kod ugovora o grupnom osiguranju, ugovor prestaje samo u odnosu na tog Osiguraničnika.
- 13.2. Ukoliko se ugovaratelja osiguranja ili Osiguraničnika smjesti u ustanovu za njegovu kroničnih bolesnika, ugovaratelj osiguranja ima pravo podnijeti zahtjev za raskid ugovora o osiguranju s posljednjim danom mjeseca u kojem je podnesen takav zahtjev Osiguratelju, uz potvrdu o smještaju u tu ustanovu.
- 13.3. Osiguratelj ima pravo raskinuti ugovor o osiguranju, bez otkaznog roka i obveze plaćanja naknade iz ugovora o osiguranju:
- ukoliko se ugovaratelj ili Osiguraničnik, svjesno navodeći krive podatke, posebice simuliranjem bolesti, domogne ili pokuša domoći naknade iz osiguranja ili sudjeluje u takvim radnjama;
 - ukoliko ugovaratelj ili Osiguraničnik u slučaju bolesti, namjerno ili zbog nemara, ne slijedi upute o postupanju koje je odredio liječnik ili Osiguratelj.
- 13.4. U slučaju smrti / stečaja / likvidacije ugovaratelja osiguranja ili njegovog otkaza ugovora o osiguranju, a ugovaratelj nije Osiguraničnik, ugovor o osiguranju može ostati i nadalje na snazi ukoliko osiguraničnik preuzme obveze ugovaratelja osiguranja (promjena ugovaratelja osiguranja), a Osiguratelj da svoj pristanak.

Članak 14.

FORMA I PRIMATELJ OČITOVANJA VOLJE I PRIJAVA

- 14.1. Sve izjave i obavijesti ugovaratelja osiguranja moraju se podnijeti Osiguratelju u pisanoj obliku, u sjedište Osiguratelja, osim ukoliko uvjeti osiguranja na drugom mjestu ne odrede drukčije. Pisane izjave mogu se davati u svakom čitljivom obliku, dakle i elektronskom poštom. Ukoliko na dostavljenoj izjavi nema vlastoručnog potpisa ili sigurne elektronske ovjere, Osiguratelj može zatražiti ponovno dostavljanje izjave s vlastoručnim (originalnim) potpisom. Rok za dostavljanje izjave smatra se ispoštovanim ukoliko se zahtjevu za ponovnim dostavljanjem izjave u zatraženom obliku udovolji u primjerenom roku.
- 14.2. Ukoliko je ugovaratelj osiguranja promijenio adresu boravišta, a da o tome nije obavijestio Osiguratelja, u svrhu pravovaljanosti očitovanja volje Osiguratelja dovoljno je poslati dopis na posljednju poznatu adresu ugovaratelja osiguranja.

Članak 15.

POSTUPAK ZA MIRNO RJEŠAVANJE SPOROVA

Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju prvenstveno će nastojati sve svoje eventualne sporove s Osigurateljem, koji proizlaze ili su u vezi s ugovorom o osiguranju, riješiti sporazumno, u mirnom postupku kod Osiguratelja.

Subjekti iz ugovora o osiguranju i ostali korisnici usluga UNIQA osiguranja podnose svoje pritužbe:

- usmeno na zapisnik:
 - u sjedištu UNIQA osiguranja Planinska 13 A, Zagrebu;
- pisanim podneskom:
 - na adresu sjedišta UNIQA osiguranja d.d. – 10000 Zagreb, Planinska 13 A;
 - putem faxa na broj 01 / 6324 251 ili
 - e-mailom na adresu info@uniqa.hr.

Pritužba treba sadržavati:

- ime i prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno, tvrtku, sjedište i ime i prezime odgovorne osobe podnositelja pritužbe koji je pravna osoba;
- razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe;
- 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 podnose kao i prijedloge za izvođenje dokaza;
- datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa.

Članak 16.

NADLEŽNOST SUDA

19.1. Ugovara se nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu.

Članak 17.

ZASTARA

- 17.1. Potraživanja ugovaratelja osiguranja / Osiguraničnika zastarijevaju za tri godine, računajući od prvog dana poslije proteka kalendarske godine u kojoj je potraživanje nastalo.
- 17.2. Ako zainteresirana osoba dokaže da do dana određenog u prethodnom stavku nije znala da se osigurani slučaj dogodio, zastarijevanje počinje od dana kada je za to saznala, s tim da u svakom slučaju potraživanje zastarijeva za pet godina od dana određenog u prethodnom stavku.

Članak 18.

IZMJENA OPĆIH UVJETA OSIGURANJA

- 18.1. U slučaju potrebe izmjene i dopuna ovih uvjeta, u slučaju promjene važećih zakona te drugih zakonskih i podzakonskih akata koji se primjenjuju na ugovor o osiguranju toliko da bi ovi uvjeti bili u suprotnosti s tim zakonima i podzakonskim aktima, kao i slučaju bitnih promjena na tržištu, odnosno promjena uvjeta koji na bilo koji način utječu na ove uvjete osiguranja, Osiguratelj će donijeti potrebne izmjene ovih uvjeta i cjenika i o njima obavijestiti ugovaratelja osiguranja u roku 30 dana te ga pri tome pozvati na potpisivanje aneksa ugovora.
- 18.2. Ugovaratelj osiguranja ima pravo u roku 30 dana nakon primitka izvješća o promijenjenim uvjetima osiguranja otkazati ugovor o osiguranju. Ako se ugovaratelj osiguranja ne odazove na pisani poziv za potpisivanje aneksa ugovoru ili ne otkáže ugovor, smatra se da je prihvatio predložene izmjene ugovora.

Članak 19.

ZAVRŠNE ODREDBE

19.1. Za odnose između ugovaratelja osiguranja, Osiguraničnika i Osiguratelja koji nisu određeni ovim Uvjetima ili Posebnim uvjetima primijeniti će se odredbe Zakona o obveznim odnosima.

Članak 20.

NADZOR

20.1. Za nadzor Osiguratelja nadležna je Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga sa sjedištem u Zagrebu.

U primjeni od 1.6.2017.