



Uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja

DOPZO 1/2023

U primjeni od 29.3.2023.

POJMOVI

Pojedini pojmovi u ovim Uvjetima imaju sljedeća značenja:

Osiguratelj

UNIQA osiguranje d. d. s kojim je sklopljen ugovor o osiguranju.

Ugovaratelj osiguranja

Osoba (pravna ili fizička) koja je s osigurateljem sklopila ugovor o osiguranju i koja je dužna platiti premiju osiguranja. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu biti iste osobe.

Osiguranik

Fizička osoba koja mora imati utvrđen status osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja te koja temeljem nastalog osiguranog slučaja ima pravo na ispunjenje ugovorene osigurateljne obveze. Gubitkom statusa osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja gubi status osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Razdoblje osiguranja

Razdoblje za koje je ugovoreno trajanje osiguranja i određena premija.

Razdoblje osigurateljnog pokrća

Razdoblje u kojem osiguratelj daje osigurateljnu zaštitu za ugovoreno pokrće sukladno odredbama ovih Uvjeta.

Osigurani slučaj

Događaj povodom kojeg osiguranik ostvaruje prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Premija

Novčani iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti po ugovoru o osiguranju.

Iskaznica osiguranja

Isprava koju izdaje osiguratelj i kojom osiguranik ostvaruje prava iz sklopljenog ugovora te koja dokazuje njegov status osiguranika (dalje u tekstu: iskaznica UNIQA). Digitalna iskaznica dostupna je u MojaUNIQA aplikaciji koju besplatno možete preuzeti na App store-u ili na Google play-u.

Osigurateljna godina

Razdoblje od dvanaest mjeseci koje se računa od datuma početka ugovora o osiguranju do istog datuma sljedeće godine.

Razdoblje čekanja

Razdoblje osiguranja u kojem osiguratelj nema obvezu isplate naknade iz osiguranja i u kojemu osiguranik ne može ostvarivati prava iz sklopljenog ugovora o osiguranju. Razdoblje čekanja računa se od početka osiguranja. Za vrijeme razdoblja čekanja ugovaratelj osiguranja obavezan je plaćati premiju osiguranja.

Individualno osiguranje

Pojedinačni ugovor o osiguranju kod kojeg ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu, ali i ne moraju biti ista osoba.

Kolektivno osiguranje

Ugovor o osiguranju kod kojeg je ugovaratelj osiguranja poslodavac koji osiguranje sklapa za svoje zaposlenike. Osiguranje se može sklopiti za sve ili za dio zaposlenika pod uvjetom da je minimalan broj osiguranika 10.

Grupno osiguranje

Ugovor o osiguranju koji se sklapa za grupe (udruge, sindikati). Sklapanjem ugovora o osiguranju članovi grupe stječu status osiguranika.

1. OPĆE ODREDBE

1. Dopunsko zdravstveno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
2. Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se pokrće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja kako je definirano važećim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i drugim zakonskim propisima iz područja zdravstva.
3. Ovi Uvjeti čine sastavni dio ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik sklopi s osigurateljem.

2. SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

1. Ugovor o osiguranju sklapa se na temelju prihvata ponude ponuditelja osiguranja učinjene osiguratelju. Iznimno, ako je tako definirano ponudom, kod sklapanja ugovora o osiguranju putem sredstava daljinske komunikacije, ugovor o osiguranju se smatra sklopljenim samim plaćanjem premije, odnosno obroka premije.
2. Ako se osiguranje sklapa temeljem pisane ponude, ista veže ponuditelja osiguranja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od 8 (osam) dana od dana kada je ponuda prispjela osiguratelju. Potpisi ponuditelja, ugovaratelja osiguranja i osiguranika na pisanoj ponudi za osiguranje smatraju se potpisom na polici.
3. Ako osiguratelj nije odbio ponudu koja ne odstupa od uvjeta po kojima se osigurava, smatra se da je ponuda prihvaćena, odnosno ugovor o osiguranju sklopljen u 24:00 sata onog dana kada je ponuda prispjela osiguratelju. Početak osigurateljne zaštite definiran je u poglavlju 4. „TRAJANJE OSIGURANJA“.
4. Ako ponuda odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa ovo osiguranje, osiguratelj u roku od 8 dana ima pravo odbiti ponudu. U tom slučaju će o odbijanju ponude osiguratelj pisanim putem obavijestiti ugovaratelja osiguranja, te mu ako je to moguće, dostaviti novu, izmijenjenu ponudu, najkasnije u roku od 8 (osam) dana od dana primitka ponude.
5. Ako ugovaratelj osiguranja u roku od 14 (četnaest) dana od dana primitka nove ponude ne odbije ponudu s drugačijim uvjetima osiguranja, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen s danom isteka 14. dana od dana primitka ponude osiguratelja.
6. Ako ugovaratelj osiguranja i osiguranik nisu ista osoba, za valjanost ugovora o osiguranju potrebna je suglasnost osiguranika. Smatra se da je osiguranik dao svoju suglasnost za sklapanje ugovora o osiguranju ako je koristio prava iz police osiguranja.

3. TRAJANJE OSIGURANJA

1. Ugovor o osiguranju sklapa se za vrijeme naznačeno na ponudi i polici osiguranja.
2. Ako je na polici naveden samo početak osiguranja, ugovor o osiguranju se sklapa na neodređeno vrijeme, sve dok ga jedna od ugovornih strana ne raskine sukladno toč. 2. poglavlja 10. ovih Uvjeta.

3. Osigurateljna zaštita (obveza osiguratelja) počinje u 00.00 sati onog 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.
4. Kod sklapanja novog ugovora o osiguranju ugovara se razdoblje čekanja od 15 (petnaest) dana, računajući od dana početka osigurateljne zaštite.
5. Kada se primjenjuje razdoblje čekanja, obveza osiguratelja počinje od prvog sljedećeg dana nakon isteka razdoblja čekanja, odnosno istekom 24. sata 15 dana nakon dana koji je na polici naveden kao dan početka osiguranja, pod uvjetom da je do tada plaćena premija, odnosno premijski obrok.
6. Razdoblje čekanja ne primjenjuje se u slučajevima:
 - neprekinutog produljenja trajanja osiguranja za osiguranike koji su imali ranije ugovoreno dopunsko zdravstveno osiguranje kod bilo kojeg osiguratelja, a koje je isteklo najviše 30 (trideset) dana prije sklapanja novog ugovora o osiguranju;
 - nezgode koja se dogodila u razdoblju čekanja. Nezgodom se u smislu ovih uvjeta smatra svaki iznenađan i ovolji osiguranika nezavisan događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu nastanak troškova zdravstvene zaštite. U ovom slučaju, navedeni troškovi će se refundirati uz dostavu relevantne medicinske dokumentacije (otpusno pismo i sl.)
7. Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika istekom 24. sata dana koji je na polici naveden kao dan isteka osiguranja.
8. Nakon što ugovor o osiguranju istekne, moguće je sklopiti novi ugovor bez primjene razdoblja čekanja pod uvjetom da je premija temeljem ponude osiguratelja za novo osigurateljno razdoblje plaćena do dana isteka postojećeg ugovora, odnosno najkasnije 30 (trideset) dana od dana isteka prethodnog ugovora o osiguranju.
9. Osiguranjem su pokriveni osigurani slučajevi koji su nastupili u razdoblju dok je postojalo osigurateljno pokriće. Za bolesti za koje liječenje započne tijekom razdoblja čekanja, osiguravajuća zaštita počinje tek nakon isteka razdoblja čekanja.
10. Ugovor o osiguranju ne može se sklopiti na vrijeme kraće od jedne godine.

4. PODRUČJE DJELOVANJA OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE

1. Osiguravajuća zaštita obuhvaća troškove zdravstvene zaštite koji su nastali na području Republike Hrvatske.
2. Troškovi liječenja u drugim državama članicama i trećim državama obuhvaćeni su osiguranjem samo ako su nastali sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, Direktivi 201/24/ EU, Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i općem aktu Zavoda, pod uvjetom da je dostavljena odluka, odnosno rješenje Zavoda kojim se odobrava liječenje izvan Republike Hrvatske.

5. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

1. Osiguravajuća zaštita obuhvaća pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno važećem Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.
2. Troškovi zdravstvene zaštite odnose se na troškove liječenja osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju, a ako je posebno ugovoreno i na troškove sudjelovanja u troškovima lijekova s dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: Zavod). Sudjelovanja u troš-

kovima liječenja su u pokriću pod uvjetom da su nastali temeljem izdane uputnice, recepta, doznake ili rješenja Zavoda.

3. Pravo na pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, odnosi se na:
 - zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine;
 - specijalističko - konzilijarnu zdravstvenu zaštitu;
 - dnevnu bolnicu i operacijske zahvate u dnevnoj bolnici;
 - laboratorijsku, radiološku i drugu specijalističku dijagnostiku;
 - ambulatnu fizikalnu medicinu i rehabilitaciju;
 - fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući;
 - bolničko liječenje;
 - ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom;
 - dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom;
 - lijekove po receptu s osnovne liste lijekova;
 - liječenje u inozemstvu (ako je liječenje odobreno od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje).
7. Ako je ugovoreno osiguravajuća zaštita pokriva i iznos sudjelovanja za lijekove po receptu s dopunske liste lijekova Zavoda u iznosu koji predstavlja razliku između pune cijene lijeka utvrđene dopunskom listom lijekova Zavoda i cijene ekvivalentnog lijeka utvrđene osnovnom listom lijekova zavoda. Sudjelovanje za lijekove s dopunske liste lijekova plaća se do ugovorenog iznosa osiguranja (limita) u svakoj osigurateljnoj godini, ako nije drugačije ugovoreno.

6. PREMIJA OSIGURANJA

1. Premija osiguranja utvrđuje se za svaku osigurateljnu godinu prema cjeniku osiguratelja, a ovisi o dobi osiguranika u trenutku ugovaranja, odnosno produljenja osiguranja, te opsegu osigurateljnog pokrića.
2. Dob osiguranika računa se svake godine kao razlika kalendarske godine u kojoj je zaključeno, odnosno produljeno osiguranje i kalendarske godine rođenja osiguranika.
3. Visina premije će se promijeniti kada osiguranik prijeđe u viši dobní razred. Dobni razredi i pripadne premije osiguranja navedeni su na polici osiguranja.
4. Visina premije osiguranja može se promijeniti u toku osigurateljne godine zbog promjene zakonskih i podzakonskih propisa koji se odnose na opseg i sadržaj dopunskog zdravstvenog osiguranja, visinu doplata ili druge elemente značajne za utvrđivanje visine premije. U tom slučaju osiguratelj će postupati sukladno čl. 11. ovih Uvjeta.

7. PLAĆANJE PREMIJE I POSLJEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

1. Ugovaratelj osiguranja dužan je plaćati ugovorenu premiju.
2. Osiguratelj je dužan primiti premiju od svake osobe koja ima pravni interes da premija bude plaćena.
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.
4. Premija, odnosno prvi premijski obrok dopijeva danom sklapanja ugovora o osiguranju, ako nije drugačije ugovoreno.
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 osiguranja, odnosno osiguranika, snosi ugovaratelj osiguranja.

6. Ako ugovaratelj osiguranja ili druga osoba koja ima pravni interes, dođe u zakašnjenje plaćanja dužne premije, osiguratelj može, osim glavnice, obračunati i zatezne kamate.
7. Ako se premija plaća putem pošte, smatra se da je ista plaćena u 24:00 sata onog dana kad je uplaćena na pošti, a ako je plaćena putem banke, smatra se da je plaćena u 24:00 sata onog dana kada je nalog predan banci.
8. Ako po polici osiguranja postoji dugovanje za dospjelu, a neplaćenu premiju osiguranja, duže od 60 (šezdeset) dana, osiguranik može ostvarivati pravo na pokriće osiguranih troškova samo na način opisan u toč. 2. poglavlja 9. Uvjeta uz prethodnu uplatu dužne premije osiguranja pod uvjetom da je ugovor još uvijek na snazi. Osiguratelj ima pravo pri isplati odbiti od naknade svu do tada dospjelu neplaćenu premiju i zateznu kamatu.
9. Ako ugovaratelj osiguranja ili druga osoba koja ima pravni interes, premiju koja je dospjela nakon sklapanja ugovora ne plati do dospelosti, niti to učini koja druga zainteresirana strana, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu nakon isteka roka od 30 (trideset) dana od kada je ugovaratelju osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguratelja s obaviješću o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 (trideset) dana od dospelosti premije. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana.

8. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA

1. Osiguranik sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, može koristiti svoje pravo na naknadu osiguranih troškova putem iskaznice UNIQA, odnosno bez plaćanja, a zdravstvena ustanova u kojoj je osiguranik ostvario to pravo naplaćuje ih od osiguratelja.
2. Ako osiguranik prava iz osiguranja nije koristio putem iskaznice UNIQA, odnosno ako je sam podmirio osigurani trošak, osiguratelj se obvezuje isplatiti osiguraniku ugovorenu naknadu, temeljem priloženog računa koji glasi na ime osiguranika, u roku od 14 (četnaest) dana od dana zaprimanja plaćenog računa. Ako je za utvrđivanje postojanja osnova ili visine obveze, odnosno kontrolu računa potrebno stanovito vrijeme, rok za isplatu ili obavijest da je zahtjev neosnovan iznosi 30 (trideset) dana.
3. Pravo na povrat plaćenog iznosa iz prethodnog članka, osiguranik ostvaruje prijavom štete te slanjem izvornika računa putem pošte, odnosno slanjem fotografije ili skeniranog plaćenog računa putem elektroničke pošte na adresu prijava.stete@uniqa.hr. Osiguratelj zadržava pravo zahtijevati dostavu izvornika računa.
4. Na zahtjev osiguratelja, osiguranik je dužan dostaviti svu relevantnu medicinsku dokumentaciju, a u svrhu dokaza da je koristio neko od prava iz zdravstvene zaštite sukladno sklopljenom ugovoru o osiguranju.
5. 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.

9. PRESTANAK I RASKID UGOVORA O OSIGURANJU

1. Osiguranje za svakog pojedinog osiguranika prestaje:
 - kad nastupi smrt osiguranika;
 - kada osigurana osoba izgubi status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju, a o čemu je obavezna pisano izvijestiti osiguratelja;

- kada osiguranik ostvari pravo na oslobađanje od plaćanja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite;
 - prestankom plaćanja premije sukladno poglavlju 8. ovih Uvjeta;
 - istekom ugovora o osiguranju.
2. Svaka ugovorna strana može raskinuti ugovor s neodređenim trajanjem ili trajanjem dužim od godinu dana ako ugovor nije prestao po nekom drugom osnovu. Raskid se daje pisanim putem najkasnije 3 (tri) mjeseca prije isteka tekuće osigurateljne godine. U tom slučaju ugovor se raskida s danom isteka tekuće osigurateljne godine.
 3. Ako je ugovor o osiguranju sklopljen putem sredstava daljinske komunikacije, ugovaratelj osiguranja može jednostrano raskinuti ugovor o osiguranju, ne navodeći razloge za to, u roku od 14 (četnaest) dana od dana sklapanja ugovora o osiguranju, ako do tada nije koristio prava iz osiguranja. Ugovor se raskida slanjem obavijesti osiguratelju u pisanom obliku prije isteka roka za raskid ugovora o osiguranju.

10. IZMJENA UVJETA I CJENIKA OSIGURANJA

1. Ako osiguratelj za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju izmijeni Uvjete ili cjenik osnovom kojeg se mijenja premija osiguranja, obvezuje se pisanim putem ili na drugi odgovarajući način obavijestiti o tome ugovaratelja osiguranja.
2. Ugovaratelj osiguranja ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti o promjeni. U tom slučaju ugovor se raskida s danom isteka tekuće osigurateljne godine.
3. Ako ugovaratelj osiguranja ne otkaže ugovor o osiguranju sukladno toč. 2. smatra se da je pristao na promjene uvjeta i novu premiju od datuma naznačenog u obavijesti.

11. KOMUNIKACIJA

1. Sve obavijesti i prijave koje je osiguratelj obavezan učiniti prema odredbama ovih Uvjeta, osiguratelj će dostaviti ugovaratelju osiguranja, osiguraniku ili trećoj osobi pisanim putem ili putem elektroničke pošte na posljednju dostavljenu adresu.
2. Ugovaratelj osiguranja ili osiguranik je obavezan o promjeni imena i prezimena, adrese, adrese elektroničke pošte ili promjeni naziva – tvrtke i sjedišta obavijestiti osiguratelja putem e-mail adrese info@uniqa.hr ili na adresu sjedišta Planinska 13A, Zagreb u roku od 15 (petnaest) dana od dana nastale promjene. Osiguratelj će kao relevantnu kontakt adresu uzeti onu poštansku adresu ili adresu elektroničke pošte koja mu je posljednja dostavljena.
3. Ako ugovaratelj osiguranja ili osiguranik ne izvijesti osiguratelja o promjenama prethodno navedenih podataka, osiguratelj zadržava pravo slati obavijesti na njegovu posljednju adresu. Sve odredbe tako poslanih obavijesti stupaju na snagu kao da ih je ugovaratelj primio.
Kao dan primitka obavijesti ili prijave smatra se dan kad je primljena obavijest ili prijava. Ako se obavijest ili prijava šalju preporučeno, kao dan primitka smatra se dan predaje pošti, odnosno slanja elektroničke pošte.
4. Osiguratelj će kao relevantnu obavijest ili prijavu uzeti onu koja je posljednja dostavljena sukladno odredbama ovog članka.
5. Sporazumi koji se tiču sadržaja ugovora vrijede samo ako su sklopljeni u pisanom obliku.

12. MJERODAVNO PRAVO

Na ugovor o osiguranju sklopljen prema ovim uvjetima primjenjuje se pravo Republike Hrvatske.

13. NADZOR

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

14. POSTUPAK RJEŠAVANJA PRITUŽBI I SPOROVA

Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osigura nju 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.

Osigurani i ugovaratelj osiguranja u slučaju nezadovoljstva postupanjem društva za osiguranje ili posrednika u osiguranju mogu podnijeti pritužbu usmeno na zapisnik u sjedištu UNIQA osiguranja d.d. ili pisanim podneskom:

- na adresu sjedišta UNIQA osiguranja d.d.
- osobno na svim prodajnim mjestima osiguratelja ili
- e-mailom na adresu uniqa.prituzbe@uniqa.hr
- on line putem web obrasca koji se nalazi na <https://www.uniqa.hr/kontakt-i-usluge/prituzbe/49>.

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
- punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.

Nakon analize i provjere navoda iz pritužbe UNIQA osiguranje će u pisanom obliku odgovoriti podnositelju najkasnije u roku od 15 (petnaest) dana od dana primitka pritužbe.

Ako je pritužba podnesena elektroničkom poštom ili podnositelj pritužbe to izričito traži, odgovor na pritužbu može se poslati elektroničkom poštom, uz poštivanje propisa koji uređuju zaštitu osobnih podataka. Na zahtjev podnositelja pritužbe osiguratelj će obavijestiti podnositelja pritužbe o zaprimljenoj pritužbi i tijeku postupka.

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 tog proistječu, mogu se uputiti na mirenje pri jednoj od organizaciji za mirenje u Republici Hrvatskoj (Hrvatski ured za osiguranje, Hrvatska udruga za mirenje i dr.).

U slučaju da se unatoč nastojanju sporazumnog rješavanja spora ne uspije postići mirno rješenje spora, ugovara se mjesna nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu.

15. ZAVRŠNE ODREDBE

Na odnose između ugovaratelja osiguranja, osiguranika i osiguratelja koji nisu određeni ovim Uvjetima primijenit će se odredbe Zakona o obveznim odnosima.