

OPĆI UVJETI
ZA DOBROVOLJNO
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

 **AGRAMLIFE**
OSIGURANJE d.d.

AGRAM LIFE

osiguranje d.d.

OPĆI UVJETI

ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Opće odredbe

Članak 1.

(1) Ovim se Općim uvjetima uređuju vrste, uvjeti i način provođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u oblicima (vrstama) kao dodatno i privatno zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: Uvjeti-DZO).

(2) Opći uvjeti-DZO čine sastavni dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu: ugovor o osiguranju) kojeg ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik sklopi s osigurateljem.

(3) Ugovor o osiguranju može se sklopiti za fizičku osobu koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu: ZOZO) odnosno za fizičke osobe koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno ZOZO-u i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.

Pojmovi

Članak 2.

Pojedini pojmovi, u smislu ovih Uvjeta-DZO, imaju sljedeće značenje:

- 1) »Dobrovoljno zdravstveno osiguranje« – obuhvaća: a) dopunsko zdravstveno osiguranje, b) dodatno zdravstveno osiguranje i c) privatno zdravstveno osiguranje
- 2) »Dopunsko zdravstveno osiguranje« – osiguranje kojim se osigurava pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 16. stavaka 3. i 4. i članka 17. stavka 5. ZOZO/08
- 3) »Dodatno zdravstveno osiguranje« – osiguranje kojim se osigurava viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja
- 4) »Privatno zdravstveno osiguranje« – osiguranje kojim se osigurava zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno ZOZO/08 i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj

- 5) »Osiguratelj« – AGRAM LIFE osiguranje d.d. (OIB:18742666873) kao društvo za osiguranje s kojim je sklopljen ugovor o osiguranju
- 6) »Ugovaratelj osiguranja« – osoba (fizička ili pravna) s kojom AGRAM LIFE osiguranje d.d. sklapa ugovor o osiguranju
- 7) »Osiguranik ili osigurana osoba« – fizička osoba koja ostvaruje pravo iz ugovora o osiguranju
- 8) »Osigurani slučaj« – događaj koji se veže za dan aktiviranja odnosno korištenje prava iz ugovora o osiguranju u jednoj osigurateljnoj godini
- 9) »Polica« – isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju, koju izdaje osiguratelj
- 10) »Premija osiguranja« – iznos kojeg plaća ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik, prema ugovoru o osiguranju i ovim Uvjetima-DZO, osiguratelju za svaku osigurateljnu godinu. Premija se plaća kao osnovna premija i doplatak na premiju
- 11) »Osigurana svota« – iznos do kojeg je osiguran imovinski interes osiguranika, a koji se utvrđuje na temelju obavljenih medicinskih usluga i Cjenika DZO Specijalne bolnice AGRAM, koje osiguranik koristi u jednoj osigurateljnoj godini
- 12) »Zdrava osoba« – osoba potpunog tjelesnog (fizičkog), duševnog (psihičkog) i socijalnog blagostanja bez bolesti i abnormalnosti, koja obavlja sve životne funkcije i radne aktivnosti i nema subjektivnih tjelesnih (fizičkih) i/ili duševnih (psihičkih) tegoba
- 13) »Uvjetno zdrava osoba« – osoba kod koje nema većih poremećaja funkcije organizma u socijalnom, emocionalnom i intelektualnom smislu te obavlja sve životne funkcije i radne aktivnosti uz povremeno ili redovito liječenje
- 14) »Osoba narušenog zdravlja« – osoba koja boluje od neke teže kronične bolesti s trajnim posljedicama za zdravstveno stanje zbog čega je dotičnoj osobi nužna trajna medicinska skrb

- 15) »Trajanje osiguranja« – vremensko razdoblje za koje je sklopljen ugovor o osiguranju
- 16) »Karenca« – razdoblje od početka osiguranja u kojemu osigurana osoba još ne može početi ostvarivati sva ili pojedina prava iz sklopljenog ugovora o osiguranju
- 17) »Cjenik-DZO« – popis zdravstvenih usluga s navedenim cijenama kojeg donosi Specijalna bolnica AGRAM u skladu s tržišnim cijenama medicinskih usluga u RH, uz suglasnost osiguratelja, a temeljem kojeg se obračunavaju obavljene zdravstvene usluge osiguranika radi plaćanja tih usluga od strane osiguratelja i koji služi kao osnovica za naplatu »doplataka na premiju«, kao i za određivanje osigurane svote
- 18) »Specijalna bolnica AGRAM« – zdravstvena ustanova koja u ime i za račun osiguratelja obavlja zdravstvene usluge osiguranicima u svom sjedištu, podružnicama ili u drugim ugovornim zdravstvenim ustanovama s kojima ima poseban ugovor
- 19) »Ovlašteni liječnik« – liječnik zaposlen u Specijalnoj bolnici AGRAM koji u ime i za račun osiguratelja određuje osiguraniku način korištenja opsega prava iz ugovora o osiguranju i prava iz posebne obveze osiguratelja (participacije osiguratelja)
- 20) »CLASSIC zdravstveni program« – medicinski program za ostvarivanje prava osiguranika iz ugovora o osiguranju kao dodatno zdravstveno osiguranje u kojemu se opseg prava osiguranika određuje kroz vrste polica Lm, L, XL i XXL
- 21) »EXCLUSIVE zdravstveni program« – medicinski program za ostvarivanje prava osiguranika iz ugovora o osiguranju kao dodatno i privatno zdravstveno osiguranje u kojemu se opseg prava osiguranika određuje kroz vrste polica SILVER (S) i GOLD (G).

Sklapanje Ugovora o osiguranju

Članak 3.

(1) Ugovor o osiguranju sklapa se na temelju ponude. Ponuda je sastavni dio ugovora o osiguranju. Svi pisani dodaci ponudi također su sastavni dio ugovora.

(2) U pisanoj ponudi na tiskanici moraju biti istinito i potpuno navedeni svi bitni podaci za zaključivanje ugovora dok će osigurana osoba, kada je to propisano ovim Uvjetima-DZO, sve okolnosti značajne za procjenu rizika koje osiguratelj preuzima pripočiti ovlaštenom liječniku Specijalne bolnice AGRAM.

(3) Pisana ponuda za sklapanje ugovora o osiguranju, dostavljena na traženje fizičke i pravne osobe, obvezuje osiguratelja 15 dana od dana dostave ponude ako u ponudi nije naznačen neki drugi rok .

(4) Ako fizička ili pravna osoba kojoj je dostavljena ponuda, u roku za koji ponuda obvezuje osiguratelja, tu ponudu prihvati, smatra se da je sklopljen ugovor o osiguranju kada je prihvaćena (potpisana) ponuda prispjela osiguratelju i kada je osoba koja prihvaća ponudu izvršila uplatu premije u iznosu i na način kako je naznačeno na ponudi.

(5) Ako u razdoblju od podnošenja ponude do zaključenja ugovora dođe do povećanja opasnosti (npr. oboljenja odnosno ozljeda), osiguranik, odnosno ugovaratelj to mora odmah nakon saznanja pismeno javiti osiguratelju.

Osigurane osobe

Članak 4.

(1) Zdrave osobe mogu se osigurati od navršениh 16 godina do navršениh 70 godina života.

(2) Uvjetno zdrave osobe mogu se osigurati do navršene 65. godine života po dopunskim uvjetima, a na temelju medicinske dokumentacije i/ili zdravstvenog pregleda radi procjene stanja zdravlja.

(3) Osobe narušena zdravlja mogu se osigurati do navršениh 60 godina po dopunskim uvjetima, a na temelju medicinske dokumentacije i/ili zdravstvenog pregleda radi procjene stanja zdravlja, koji prije sklapanja ugovora obavlja liječnički tim Specijalne bolnice AGRAM.

(4) Ništetan je ugovor o osiguranju osobe mlađe od 16 godina, kronično duševno bolesne osobe, osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti te osobe narušenog zdravlja iz članka 8. ovih Uvjeta-DZO.

Opseg pokrića (prava) i vrste polica

Članak 5.

(1) Ugovor o osiguranju za dodatno zdravstveno osiguranje po opsegu pokrića ovisi od vrste police, bilo da je iz programa CLASSIC ili programa EXCLUSIVE.

(2) Ugovor o osiguranju za privatno zdravstveno osiguranje također, po opsegu pokrića, ovisi o vrsti police i to polica iz programa EXCLUSIVE.

(3) Prema ovim Uvjetima-DZO postoje police iz programa CLASSIC od kojih svaka ima poseban naziv sukladno opsegu pokrića (prava) i to police Lm, L, XL, XXL te police iz programa EXCLUSIVE, koje po opsegu pokrića (prava) nose naziv kao police SILVER (S) i GOLD (G).

(4) U okviru pokrića (prava) za police iz programa CLASSIC, koja su posebno opisana u svakoj polici, osiguranik može unutar jedne osigurateljne godine obaviti (preventivni) sistematski pregled iz članka 6. ovih Uvjeta-DZO, uz ugovaranje termina u roku od 48 sati, a u iznimnim slučajevima odmah.

(5) U okviru sistematskog pregleda za osiguranike imatelje policia XL i XXL, uključen je završni intervju s tumačenjem rezultata i pisanim mišljenjem ovlaštena liječnika.

(6) U postupku ostvarivanja prava po svakoj polici iz programa CLASSIC, osiguranik ima pravo, kao pripadajuće pokriće unutar opsega pokrića, i na specijalističke preglede i/ili medicinske pretrage koje ovlaštenu liječnik indicira tijekom sistematskog pregleda, a nisu sastavni dio sistematskog pregleda iz članka 6. stavka (1) ovih Uvjeta-DZO, uz DOPLATAK na premiju (FRANŠIZA – kao udio osiguranika u šteti) iz ugovora o osiguranju, u visini:

- 1) 40% od cijene indiciranih pregleda i/ili pretraga iz Cjenika-DZO – za police osiguranja s nazivom »Lm«
- 2) 20% od cijene indiciranih pregleda i/ili pretraga iz Cjenika-DZO – za police osiguranja s nazivom »L«
- 3) 10% od cijene indiciranih pregleda i/ili pretraga iz Cjenika-DZO – za police osiguranja s nazivom »XL«
- 4) 0% od cijene indiciranih pregleda i/ili pretraga iz Cjenika-DZO – za police osiguranja s nazivom »XXL«.

(7) U okviru pokrića (prava) za police iz programa EXCLUSIVE, osiguranik ostvaruje pravo na korištenje svih medicinskih usluga Specijalne bolnice AGRAM ili u istom obimu neke druge zdravstvene ustanove s kojom osiguratelj ili Specijalna bolnica AGRAM imaju poseban ugovor.

(8) Osigurana osoba kao imatelj police SILVER ima pravo na individualiziran pristup i cjelogodišnji nadzor zdravstvenog stanja, a u skladu s tim i pravo na:

- 1) osobnog savjetnika (liječnika) za zdravlje
- 2) ugovaranje termina u roku od 24 sata, a u iznimnim slučajevima odmah
- 3) zdravstvene usluge liječnika specijalista i specijalističke preglede i medicinske pretrage Specijalne bolnice AGRAM na indicaciju ovlaštena liječnika Specijalne bolnice AGRAM, bez ograničenja do osigurane svote u jednoj osigurateljnoj godini.

(9) Osigurana osoba kao imatelj police SILVER može ostvariti i dodatne pogodnosti na indicaciju ovlaštena liječnika Specijalne bolnice AGRAM kao što su npr.:

- 1) MSCT calcium score
- 2) MR cijelog tijela
- 3) izrada programa fizikalne terapije i vježbi
- 4) savjeti za zdrav život, prema rizičnim faktorima.

(10) Osigurana osoba kao imatelj police SILVER ima pravo na uvodni pregled od strane ovlaštena liječnika, s anamnezom i statusom, kao i završni intervju, po isteku osigurateljne godine, s tumačenjem rezultata i pisanim mišljenjem ovlaštena liječnika.

(11) Osigurana svota za policu osiguranja SILVER iznosi 15.000,00 kn kao vrijednost medicinskih usluga, po Cjeniku-DZO, koje pruža Specijalna bolnica AGRAM ili neka druga zdravstvena ustanova s kojom osiguratelj ili Specijalna bolnica AGRAM imaju poseban ugovor.

(12) Osigurana osoba s policom GOLD ima prava kao i osiguranici iz stavka (8), (9) i (10) ovoga članka bez ograničenja do osigurane svote.

(13) Osigurana svota za policu osiguranja GOLD iznosi 30.000,00 kn kao vrijednost medicinskih usluga, po Cjeniku-DZO, koje pruža Specijalna bolnica AGRAM ili neka druga zdravstvena ustanova s kojom osiguratelj ili Specijalna bolnica AGRAM imaju poseban ugovor.

Sistematski pregled i medicinske pretrage Članak 6.

(1) Sistematski pregled odnosno preventivni sistematski pregled, iz članka 5. stavka (4) ovih Uvjeta-DZO, obuhvaća:

- 1) klinički pregled ovlaštena liječnika uz EKG (Ž/M)
- 2) procjena kardiovaskularnog rizika, procjena glomerularne filtracije (GFR) i izračun indexa tjelesne mase (BMI) (Ž/M)
- 3) pregled pluća – spirometrija i RTG srca i pluća (na indicaciju) (Ž/M)
- 4) UZV abdomena (jetre, žučnog mjehura i vodova, gušterače, slezene, bubrega) (Ž/M);
- 5) UZV štitnjače i TSH (Ž/M)
- 6) UZV prostate i PSA (M)
- 7) UZV krvnih žila vrata (M)

- 8) pregled dojki - UZV ili mamografija ovisno o dobi (Ž)
- 9) ginekološki pregled, PAPA test i ginekološki UZV, stupanj čistoće (Ž)
- 10) laboratorijske pretrage: KKS, glukoza, ureja, kreatinin, bilirubin, urati, hsCRP, ukupni kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliceridi, AST, ALT, GGT, ALP, test na okultno krvarenje (3x) i kompletna pretraga urina (Ž/M).

(2) Po ovim Uvjetima-DZO, a vezano za članak 5. stavak (6) ovih Uvjeta-DZO, specijalistički pregledi obuhvaćaju preglede iz područja: interne medicine, kardiologije, neurologije, gastroenterologije, urologije, endokrinologije i dijabetologije, fizijatrije, ginekologije, oftalmologije, dermatologije, otorinolaringologije, citologije, radiologije i laboratorijske dijagnostike.

(3) Po ovim Uvjetima-DZO, a vezano za članak 5. stavak (6) ovih Uvjeta-DZO, medicinske pretrage su:

- 1) laboratorijske pretrage koje obavljaju medicinsko biokemijski laboratoriji – opće i specijalističke pretrage iz područja laboratorijske hematologije, koagulacije, imunologije i medicinske biokemije (metaboliti, supstrati, enzimi, elektroliti, elementi u tragovima, proteini, lipidi, hormoni, vitamini, tumorski biljezi, testovi, kvalitativna analiza mokraće i analiza stolice)
- 2) RTG dijagnostika svih sustava
- 3) UZV – Color doppler svih krvnih žila i svih organa
- 4) magnetna rezonancija (MR) svih organa
- 5) kompjutorizirana tomografija (CT i MSCT) svih organa
- 6) mamografija
- 7) denzitometrija
- 8) neinvazivna kardiološka dijagnostika (UZV/CD srca, holter EKG, holter krvnog tlaka, ergometrija)
- 9) endoskopska dijagnostika bolesti probavnog sustava (gastroskopiya, rektoskopiya, kolonoskopiya)
- 10) neurološka dijagnostika (EEG, EMNG);
- 11) citološka dijagnostika (punkcija površnih tumorskih tvorbi, PAPA razmazi, urini, eksprimati dojke, brisevi nosa na eozinofile, DKS).

Fakultativno, unutar sistematskog pregleda iz stavka (1) ovog članka, umjesto usluga pod točkama 5), 6), 7), 8) i 9), moguće je obaviti sljedeće usluge: antitijela štitnjače, hormone štitnjače, tumorske biljege, testiranje na HIV, status željeza, ispitivanje vida i ostale usluge iz cjenika Specijalne bolnice AGRAM koje se posebno ugovore.

Karenca

Članak 7.

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

(2) Ako osiguranik plati premiju za sljedeću osigurateljnu godinu u roku od 30 dana od dana dospijeca, tada koristi pravo po polici u punom opsegu u sljedećoj osigurateljnoj godini, bez karence.

Isključenja iz osiguranja

Članak 8.

(1) Ugovor o osiguranju ne obuhvaća hitne slučajeve u bilo kojem obliku (prometne nesreće i sl.).

(2) Ugovor o osiguranju ne obuhvaća slučajeve koji nastaju zbog pokušaja samoubojstva ili samoranjanja.

(3) Ugovor o osiguranju ne obuhvaća slučajeve koji nastaju zbog operacije na srcu, krvnim žilama srca i mozgu (koronarni bypass, tumori mozga, intrakranijske aneurizme i A-V malformacije, aneurizme velikih krvnih žila i sl.), transplantacije organa, dijalize, umjetne oplodnje, proteze kuka, osim u slučajevima koji su izričito ugovoreni između osiguratelja i ugovaratelja osiguranja.

(4) Obveza osiguratelja isključena je u slučajevima koji nastanu zbog estetskih i kozmetičkih zahvata, djelovanja alkohola, narkotika i opijata te bolesti epidemijских ili pandemijskih razmjera.

(5) Obveza osiguratelja isključena je kod nastalih povreda zdravlja i troškova liječenja, zbog: medicinski neindiciranog prekida trudnoće, sterilizacije, eksperimentalnog liječenja, postupaka odvikavanja od ovisnosti bilo koje vrste, kao i slučajeva koji su posljedica sudjelovanja osigurane osobe u kriminalnoj djelatnosti.

(6) Iz opsega pokrića (prava) po policama iz programa CLASSIC u cijelosti se isključuju sljedeće medicinske usluge:

- 1) MR cijelog tijela
- 2) MSCT koronarografija
- 3) određivanje krvne grupe

- 4) usluge mikrobiološkog laboratorija
- 5) usluge patohistološke dijagnostike
- 6) fizikalna terapija i ozonoterapija
- 7) kirurški zahvati.

Polica i teritorijalna valjanost osiguranja

Članak 9.

(1) Polica se izdaje u jednom primjerku za razdoblje trajanja osiguranja.

(2) Polica osiguranja sadrži: naziv osiguratelja, ime i prezime i adresu odnosno tvrtku i sjedište ugovaratelja osiguranja, OIB ugovaratelja, ime i prezime i adresu osigurane osobe i njena prava, OIB osigurane osobe, početak i istek osiguranja, premiju osiguranja i način plaćanja, mjesto i datum izdavanja police te potpise ugovornih strana.

Članak 10.

(1) Ugovor o osiguranju sklopljen po ovim Uvjetima-DZO vrijedi na području Republike Hrvatske.

(2) U slučaju kada je posebno ugovoreno ugovor o osiguranju vrijedi u članicama Europske unije i Bosni i Hercegovini.

Početak, trajanje i prestanak osigurateljnog pokrića

Početak, trajanje i prestanak osigurateljnog pokrića

Članak 11.

(1) Ugovor o osiguranju sklapa se kao dugoročno odnosno višegodišnje osiguranje na razdoblje od jedne do pet godina.

(2) Obveza osiguratelja počinje od 24. sata dana koji je u polici osiguranja označen kao dan početka osiguranja, ako je do tog dana plaćena premija i ako nije drugačije ugovoreno.

(3) Kod ugovora o osiguranju sklopljenih na jednu ili više godina obveza osiguratelja prestaje po isteku 24. sata dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno.

(4) U polici osiguranja mora biti naveden datum početka i isteka osiguranja.

(5) Osigurateljno pokriće, za osigurateljnu godinu u kojoj je aktivirana polica odnosno korišteno pravo iz police, PRESTAJE, a time i obveza osiguratelja, kod svakog osiguranika na dan:

- 1) obavljenog sistematskog pregleda odnosno mogućih indiciranih specijalističkih pregleda i/ili pretraga unutar roka od 30 dana od dana aktiviranja police - u programu CLASSIC

- 2) iscrpljenosti svote osiguranja - za police iz programa EXCLUSIVE.

(6) Nakon obavljenog sistematskog pregleda opisanog u stavku (5) točki 1) ovoga članka, Specijalna bolnica AGRAM dužna je osiguraniku izraditi i predati »Mišljenje o stanju zdravlja«.

(7) Osigurateljno pokriće, a time i obveza osiguratelja, prestaje kod svakog osiguranika:

- 1) kada je nastupila smrt osiguranika
- 2) kada ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik obavijesti osiguratelja, trideset dana prije isteka osigurateljne godine, da raskida sklopljeni višegodišnji ugovor o osiguranju
- 3) kada prestane postojati zakonska osnova za osiguranje.

Premija osiguranja

Članak 12.

(1) Premija osiguranja je utvrđena cjenikom osiguratelja, a ovisi o visini standarda zdravstvene zaštite odnosno opsegu pokrića (prava), dobi osiguranika, dužini trajanja ugovora o osiguranju i zdravstvenom stanju osiguranika.

(2) Starost (dob) osiguranika računa se razlikom između kalendarske godine početka trajanja osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika.

(3) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu jednokratno i UNAPRIJED ili u ugovorenim rokovima i na način utvrđen u ponudi.

(4) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je DOPLATAK na premiju osiguranja (kao FRANŠIZU ili udio osiguranika u šteti) kod indiciranih pregleda i/ili pretraga na sistematskom pregledu platiti na dan kada se ti možebitni pregledi i/ili pretrage obave.

(5) Ako je ugovoreno jednokratno plaćanje premije za cijelu osigurateljnu godinu unaprijed, premija dospijeva na naplatu odmah s danom potpisivanja ugovora o osiguranju odnosno ponude.

(6) Iznimno se plaćanje premije može ugovoriti obročno, ali ne u više od četiri (4) uzastopna obroka, s tim da se prvi obrok premije plaća potpisom ponude odnosno police, ako se drugačije ne ugovori.

(7) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen na razdoblje duže od jedne godine, a plaćanje premije osiguranja ugovoreno jednokratno unaprijed za svaku osigurateljnu godinu, ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik je dužan, trideset dana prije isteka tekuće osigurateljne godine, pismeno obavijestiti osiguratelja da raskida sklopljeni

višegodišnji ugovor o osiguranju. U protivnom je dužan platiti premiju osiguranja i za narednu godinu koja slijedi nakon osigurateljne godine za koju je premija osiguranja bila plaćena.

(8) Osiguratelj će primiti uplatu premije od svake osobe koja ima pravni interes da premija bude plaćena.

(9) Kod sklapanja ugovora o osiguranju odnosno istovremenog ugovaranja deset i više polica osiguranja, ne primjenjuju se odredbe članaka 13., 14. i 16. ovih Uvjeta-DZO, ako nisu posebno (pismeno) ugovorene, ali se mogu se zajednički cjenovno vrednovati kroz komercijalni popust na ukupnu premiju osiguranja, koji odobrava osiguratelj.

Jednokratna premija

Članak 13.

Osiguranik koji je sklopio ugovor o osiguranju s trajanjem od tri do pet godina, može uplatu ukupne premije za cijelo vrijeme trajanja ugovora o osiguranju izvršiti odjednom (jednokratno) kod sklapanja ugovora o osiguranju. Ukupna premija za više godina trajanja ugovora tada se umanjuje za:

- 1) 10% – kod ugovora o osiguranju na razdoblje od tri godine
- 2) 15% – kod ugovora o osiguranju na razdoblje od četiri godine
- 3) 20% – kod ugovora o osiguranju na razdoblje od pet godina.

Obračun Bonusa i Malusa

Članak 14.

(1) Osiguraniku se priznaje pravo na BONUS (poseban popust) kod sklapanja ugovora o osiguranju za ugovoreno osigurateljno razdoblje u visini od:

- 1) 10% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako je mlađi od 30 godina
- 2) 5% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako je u dobi od 30 do 50 godina.

(2) Osiguraniku se priznaje pravo na BONUS (poseban popust) i kod unaprijed (jednokratno) plaćene premije osiguranja za osigurateljnu godinu u visini od:

- 1) 5% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – za treću godinu neprekidnog trajanja ugovora o osiguranju
- 2) 10% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – za četvrtu godinu neprekidnog trajanja ugovora o osiguranju

- 3) 15% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – za petu godinu neprekidnog trajanja ugovora o osiguranju.

(3) Osiguraniku se priznaje pravo na BONUS (poseban popust) kod uplate godišnje premije po sklopljenom ugovoru o osiguranju za police Lm, L, XL, XXL, S i G – ako nije AKTIVIRAO policu odnosno ako nije koristio prava iz police u visini od:

- 1) 15% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako nije aktivirao policu u prethodnoj osigurateljnoj godini
- 2) 30% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako nije aktivirao policu u dvije i više osigurateljnih godina koje prethode osigurateljnoj godini.

(4) Osiguraniku, imatelju polica SILVER i GOLD, zaračunava se MALUS (doplatak na premiju) za narednu osigurateljnu godinu, uz istovremeni gubitak prava na svaki oblik bonusa, opisanih u ovom članku, u visini od:

- 1) 10% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako je u prethodnoj osigurateljnoj godini koristio pravo iz ugovora o osiguranju u visini 2/3 osigurane svote
- 2) 20% od cijene premije osiguranja za osigurateljnu godinu – ako je u prethodnoj godini koristio pravo iz ugovora o osiguranju u visini ugovorene svote.

Iskaznica-DZO

Članak 15.

(1) Iskaznica-DZO je isprava koju izdaje osiguratelj, a kojom se dokazuje status osigurane osobe u postupku ostvarivanja prava iz ugovora o osiguranju.

(2) Odluku o izgledu i uvjetima izdavanja Iskaznice-DZO donosi Uprava osiguratelja.

(3) Iskaznica se u pravilu izdaje za razdoblje trajanja osiguranja.

(4) Iskaznica-DZO vrijedi samo ako je plaćena premija osiguranja i vrijedi samo u Specijalnoj bolnici AGRAM i ugovornim ustanovama s kojima osiguratelj i/ili Specijalna bolnica AGRAM imaju zaključen poseban ugovor.

(5) Osiguranik je dužan, bez odgađanja, pismeno prijaviti osiguratelju gubitak iskaznice. Osiguratelj će u tom slučaju osiguraniku izdati zamjensku iskaznicu uz naplatu troškova.

Posebne obveze osiguratelja

Članak 16.

(1) Osiguratelj je dužan svim osiguranicima, kojima je prestalo osigurateljno pokriće u jednoj osigurateljnoj godini po članku 11. stavku (5) točkama 1) i 2), odnosno ako nije koristio pravo (aktivirao policu) iz članka 5. stavka (4) ovih Uvjeta-DZO, osigurati pravo na korištenje potrebnih medicinskih usluga u Specijalnoj bolnici AGRAM po Cjeniku-DZO u toj osigurateljnoj godini, na način da kao osiguratelj sudjeluje (PARTICIPACIJA AGRAM LIFE) u cijeni medicinske usluge koju Specijalna bolnica AGRAM naplaćuje osiguraniku, po Cjeniku-DZO, u visini od:

- 1) 10% od cijene medicinske usluge – ako se radi o osiguraniku u prvoj osigurateljnoj godini kod osiguratelja
- 2) 20% od cijene medicinske usluge – ako se radi o osiguraniku u drugoj godini neprekidnog trajanja osiguranja kod osiguratelja
- 3) 30% od cijene medicinske usluge – ako se radi o osiguraniku u trećoj godini neprekidnog trajanja osiguranja kod osiguratelja
- 4) 40% od cijene medicinske usluge – ako se radi o osiguraniku u četvrtoj ili kasnijoj godini neprekidnog trajanja osiguranja kod osiguratelja.

(2) Osiguratelj je dužan sudjelovati (participirati) u cijeni medicinske usluge, opisane u stavku (1) ovoga članka, samo pod uvjetom da je medicinska usluga bila nužna, o čemu svoje očitovanje daje ovlašteni liječnik, radi zaštite zdravlja navedene osobe koja plaća te usluge.

(3) Osiguratelj je dužan vrijednost svog sudjelovanja (participacije) u cijeni medicinske usluge, za svog osiguranika, platiti Specijalnoj bolnici AGRAM u roku od 15 dana po prijemu zahtjeva za naplatu, jer se za iznos njegova sudjelovanja (participacije) umanjuje cijena za medicinske usluge koje Specijalna bolnica AGRAM naplati za sve svoje usluge.

Namjerna netočna prijava ili prešućivanje

Članak 17.

(1) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti osiguratelju sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocjenu rizika i sklapanje ugovora.

(2) Osigurana osoba dužna je dati istinito i ažurno sve podatke, kao i sve bitne promjene, koje su od važnosti za ocjenu njenog zdravstvenog stanja i sklapanje ugovora o DZO-u, a najkasnije u roku od 15 dana, kada to prilikom sistematskog ili drugog

pregleda zatraže ovlašteni liječnik Specijalne bolnice AGRAM ili ovlaštena osoba osiguratelja.

(3) Ako je ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik prilikom sklapanja ugovora o osiguranju 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 tijekom prvih osamnaest mjeseci trajanja osiguranja. U slučaju poništenja ugovora, osiguratelj zadržava naplaćenu premiju i ima pravo zahtijevati uplatu premije za razdoblje za koje je tražio poništenje ugovora.

(4) Pravo na poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako osiguratelj u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili prešućivanje ne izjavi ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

Članak 18.

(1) Ako je ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, osiguratelj može, po svom izboru, u roku od trideset dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti ugovaranje odgovarajuće police osiguranja.

(2) Ukoliko ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ne prihvati prijedlog osiguratelja o ugovaranju odgovarajuće police, ugovor prestaje po isteku četrnaest dana nakon što je ugovaratelj osiguranja primio preporučeno pismo o prijedlogu za ugovaranje odgovarajuće police.

(3) U slučaju raskida osiguratelj je dužan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

Pritužba

Članak 19.

(1) Pritužba je izjava nezadovoljstva upućena osiguratelju od strane osiguranika, ugovaratelja osiguranja iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji se odnosi na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenja obveza iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(2) Pritužba se može usmeno izjaviti na zapisnik u prostorijama osiguratelja ili podnijeti putem pošte, faksa ili elektroničke pošte.

(3) Rok za podnošenje pritužbe je 15 dana.

(4) O pritužbi odlučuje ovlaštena osoba Društva koja raspolaže stručnim znanjem za odlučivanje o pritužbi.

(5) Osiguratelj je dužan u pisanom obliku donijeti odluku o pritužbi najkasnije u roku od 15 dana od dana primitka pritužbe.

Završne odredbe

Članak 20.

(1) U slučaju potrebe izmjena i dopuna ovih Uvjeta, u slučaju promjene zakona kojima se uređuje djelatnost dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja toliko da bi ovi Uvjeti bili u suprotnosti s tim zakonima, kao i u slučaju bitnih promjena uvjeta na tržištu odnosno promjena uvjeta koji na bilo koji način utječu na ove Uvjete osiguranja, osiguratelj će donijeti potrebne izmjene ovih Uvjeta i cjenika i o njima obavijestiti osiguranike u roku od trideset dana te ih pritom pozvati na potpisivanje aneksa ugovora.

(2) Osiguranik ima pravo u roku od trideset dana nakon primitka izvješća o promijenjenim uvjetima osiguranja otkazati ugovor o osiguranju. Ako se osiguranik ne odazove na pismeni poziv za potpisivanje aneksa ili ne otkáže ugovor, smatra se da je prihvatio predložene izmjene ugovora.

(3) Kada je sklopljen višegodišnji ugovor o osiguranju svaka ugovorna strana može pismeno izjaviti da raskida ugovor, ali najmanje trideset dana prije kraja tekuće osigurateljne godine.

(4) Za osiguranu osobu iz grupnog ili kolektivnog osiguranja kojoj bude prekinut ili sama prekine radni odnos, osiguranje se može nastaviti pod istim uvjetima na zahtjev osiguranika.

(5) Na ugovor o osiguranju primjenjuju se obvezujuće odredbe Zakona o obveznim odnosima

te odgovarajućih zakona kojima se uređuje DZO, a dispozitivne odredbe samo ako pitanja na koja se odnose ovim Uvjetima nisu drugačije regulirana.

Članak 21.

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

(2) Ovi Uvjeti-DZO stupaju na snagu 1. prosinca 2018. godine i primjenjuju se na sve ugovore o osiguranju sklopljene od 1. prosinca 2018. godine.

(3) Na sve ugovore o osiguranju sklopljene prije 1. prosinca 2018. godine, do isteka tekuće osigurateljne godine, primjenjivat će se odredbe Općih uvjeta po kojima su sklopljeni.

(4) Po isteku tekuće osigurateljne godine za osiguranike iz stavka (3) ovog članka, osiguratelj će postupiti sukladno odredbama iz članka 18. stavka (2) ovih Uvjeta-DZO.

UPRAVA Društva

Broj: 02.04-04

Zagreb, 1. prosinca 2018.

Besplatni info tel. 0800 11 40
www.agramlife.hr