

UVJETI DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

POJMOVI

Pojedini pojmovi u ovim Uvjetima dodatnog zdravstvenog osiguranja DODZO 1/2026 (dalje u tekstu Uvjeti) imaju sljedeća značenja:

Osiguratelj

UNIQA osiguranje d.d. (dalje u tekstu UNIQA osiguranje) s kojim je sklopljen ugovor o osiguranju.

Ugovaratelj osiguranja

Osoba (fizička ili pravna) koja je s osigurateljem sklopila ugovor o osiguranju. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu biti ista osoba.

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 osoba gubi status osiguranika dodatnog zdravstvenog osiguranja. Prema ovim uvjetima može se osigurati fizička osoba pristupne dobi od 0 (nula) do najviše 75 (sedamdesetpet) godina. Starost osiguranika pri isteku osiguranja može biti najviše 77 (sedamdesetsedam) godina. Duševno bolesne osobe ili osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti ne mogu se osigurati.

Razdoblje osiguranja

Razdoblje za koje je ugovoreno trajanje osiguranja i određena premija.

Razdoblje osigurateljnog pokrića

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

Osigurani slučaj

Medicinski potrebno liječenje osiguranika zbog bolesti ili posljedica nezgode te korištenje sistematskog pregleda i preventivnih pregleda i usluga sukladno ovim Uvjetima, ako su isti obuhvaćeni ugovorom o osiguranju.

Medicinska indikacija

Medicinska uputa o potrebi za pregledom, pretragom, liječenjem ili operacijskim zahvatom koja se donosi na temelju odgovarajućih simptoma.

Premija

Novčani iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti temeljem ugovora o osiguranju.

Naknada iz osiguranja (osigurnina)

Novčani iznos koji isplaćuje osiguratelj prema ugovoru o osiguranju kada nastupi osigurani slučaj.

Iskaznica osiguranja

Isprava koju izdaje osiguratelj i kojom osiguranik ostvaruje prava iz sklopljenog ugovora te koja dokazuje njegov status osiguranika. U slučaju raskida ugovora o osiguranju, osiguranik je dužan vratiti iskaznicu. Osiguranik je dužan, bez odgađanja, pisano prijaviti osiguratelju gubitak iskaznice. Sve troškove učinjene nakon

prestanka ugovora o osiguranju snositi će isključivo ugovaratelj osiguranja.

Osigurateljna godina

Razdoblje od 12 (dvanaest) mjeseci koje se računa od datuma početka ugovora o osiguranju do istog datuma sljedeće godine.

Samopridržaj

Dio naknade za zdravstvenu uslugu koju osiguranik sam plaća ako je tako ugovoreno.

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 (deset).

Grupno osiguranje

Ugovor o osiguranju koji se sklapa za grupe (udruge, sindikati) s minimalno 10 (deset) osiguranika, pod uvjetom da se broj osiguranika ne smanjuje tijekom osigurateljne godine. Sklapanjem ugovora o osiguranju članovi grupe stječu status osiguranika.

Telemedicina

Usluga medicinske konzultacije s liječnikom na daljinu, putem telefona i posebne IT platforme za telemedicinu, s liječnicima s popisa dostupnog na platformi.

1. OPĆE ODREDBE

- Dodatno zdravstveno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- Dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i/ili veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a u opsegu određenom ugovorom o osiguranju.
- Dodatno zdravstveno osiguranje ne obuhvaća hitne slučajeve (hitnu medicinsku pomoć) u bilo kojem obliku.
- Ovi Uvjeti čine sastavni dio ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik sklopi s osigurateljem.

2. SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

- Ugovor o osiguranju sklapa se na temelju prihvata ponude ponuditelja osiguranja učinjene osiguratelju. Iznimno, ako je tako definirano ponudom, kod sklapanja ugovora putem sredstava daljinske komunikacije, ugovor o osigura-

nju 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, a ako je potreban i liječnički pregled, onda za vrijeme od 30 (trideset) dana. Ponuditelj ima pravo na opoziv dane ponude u prije navedenim rokovima. 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 osigurava, smatra se da je ponuda prihvaćena odnosno ugovor o osiguranju sklopljen u 24:00 sata onoga dana kada je ponuda prispjela osiguratelju. Početak osigurateljne zaštite definiran je u poglavlju 6. "TRAJANJE OSIGURANJA".
4. Ako ponuda odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa ovo osiguranje, osiguratelj u roku od 8 (osam) 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-og (četnaestog) dana od dana primitka ponude osiguratelja.
6. Ako ponuditelj na zahtjev osiguratelja ne pristupi liječničkom pregledu i/ili ne dostavi traženu medicinsku i drugu dokumentaciju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka poziva, smatrat će se da je odustao od sklapanja ugovora o osiguranju.
7. Ako u razdoblju od podnošenja ponude do sklapanja ugovora o osiguranju dođe do povećanja rizika (npr. oboljenja ili ozljede), osiguranik odnosno ugovaratelj osiguranja mora odmah nakon saznanja pisanim putem obavijestiti osiguratelja koji će napraviti novu procjenu rizika.
8. Ako ugovaratelj osiguranja i osiguranik nisu jedna te ista osoba, za valjanost ugovora o osiguranju potrebna je suglasnost osiguranika. Smatra se da je osiguranik dao svoju suglasnost na sklapanje ugovora o osiguranju ako je koristio svoja prava iz police osiguranja.

3. OBVEZA PRIJAVE UGOVARATELJA OSIGURANJA KOD SKLAPANJA OSIGURANJA

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

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 o osiguranju da je znao za pravo stanje stvari, osiguratelj može zahtijevati poništaj ugovora o osiguranju tijekom trajanja osiguranja, od trenutka saznanja za tu okolnost. U slučaju poništenja ugovora o osiguranju osiguratelj zadržava naplaćene premije i ima pravo zahtijevati uplatu premije za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ugovora o osiguranju.

Pravo na poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako osiguratelj u roku od 3 (tri) mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili prešućivanje ne izjavi ugovaratelju osiguranja odnosno osiguraniku da se namjerava koristiti tim pravom.

2. 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 mjesec dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskida ugovor o osiguranju ili predložiti povećanje premije osiguranja razmjerno većem riziku.

Ako ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ne prihvati prijedlog osiguratelja o razmjernom povećanju premije osiguranja, ugovor o osiguranju prestaje po isteku 14-og (četnaestog) dana nakon što je ugovaratelj primio preporučeno pismo osiguratelja o prijedlogu za povećanje premije 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.

4. PROCJENA ZDRAVSTVENOG STANJA

1. Prije sklapanja osiguranja potencijalni osiguranik, ako nije drugačije ugovoreno (npr. kod grupnih osiguranja), dužan je točno i istinito popuniti izjavu i upitnik o svojem zdravstvenom stanju što uz ponudu predstavlja osnovu za primitak u osiguranje. Ako procijeni potrebnim, osiguratelj može radi utvrđivanja zdravstvenog rizika zatražiti osiguranika dostavu medicinske dokumentacije prije prihvata u osiguranje, a koja je u tom slučaju sastavni dio zdravstvenog upitnika.
2. Osobe kod kojih osiguratelj putem zdravstvenog upitnika i/ili medicinske dokumentacije utvrdi da su narušenog zdravlja ili imaju fizičke ili psihičke tegobe, odnosno koriste bilo kakvu medicinsku terapiju ili usluge, mogu biti obaviještene da osiguranje nije moguće ili biti primljene u osiguranje uz posebne ugovorne odredbe (npr. duže razdoblje počeka i sl.), odnosno uplatu doplatka premije za povećani rizik ili isključenje određene vrste zdravstvenih usluga.
3. Ako osiguranik u trenutku prihvata u osiguranje ima zdravstvene tegobe, simptome ili odstupanja u zdravstvenom stanju, bez potvrđene dijagnoze, zdravstveno stanje osiguranika nakon završenog liječenja nije konačno ili je bolest u fazi progresije, osiguratelj je ovlašten odlučiti da neće prihvatiti obvezu osiguranja za određenu bolest ili da će neke prihvatiti uz dodatne ugovorne odredbe.
4. Ako se tijekom osiguranja zdravstveno stanje osiguranika izmijeni tako da je potrebno povećanje premije osiguranja, osiguratelj može u roku od 30 (trideset) dana od saznanja za navedenu promjenu obavijestiti ugovaratelja osiguranja i pozvati ga da prihvati navedenu izmjenu ugovora. Ako ugovaratelj osiguranja u roku od 14 (četnaest) dana od dana primitka obavijesti ne prihvati izmjenu ugovora, ugovor će se smatrati raskinutim istekom tekuće osigurateljne godine.

5. OBVEZE OSIGURATELJA

Osiguratelj pokriva samo troškove koji su nastali na način i u opsegu utvrđenom policom osiguranja i ovim uvjetima.

Osiguratelj se obvezuje unutar mreže ugovornih zdravstvenih ustanova UNIQE u Republici Hrvatskoj omogućiti neophodnu (medicinski indiciranu) zdravstvenu uslugu koja je u pokriću ugovorenog paketa dodatnog zdravstvenog osiguranja u primjerenom roku, a u skladu s dostupnim kapacitetima zdravstvene ustanove.

Zdravstvena ustanova u potpunosti odgovara za kvalitetu i stručnost pružene usluge osiguranicima prema pravilima struke, pažnjom dobrog stručnjaka. Sklapanjem ugovora o osiguranju ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik odriče se prava pokretanja bilo kakvih radnji za utvrđivanje odgovornosti osiguranika.

ratelja vezano uz kvalitetu i stručnost pružene usluge od strane pružatelja usluga.

6. TRAJANJE OSIGURANJA

1. Ako nije drugačije ugovoreno, ugovor o osiguranju sklapa se na dvije godine s time da premija dospijeva i naplaćuje se posebno za svaku osigurateljnu godinu unaprijed ili na način ugovoren na ponudi i polici. Dan početka i kraja osiguranja naznačeni su na ponudi i polici osiguranja.
2. Osigurateljna zaštita (obveza osiguratelja) 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. Kod sklapanja novog ugovora o osiguranju ugovara se razdoblje čekanja od 15 (petnaest) dana, računajući od dana početka osigurateljne zaštite, osim za male operativne zahvate kada razdoblje čekanja traje 120 (stodvadeset) dana.
4. Osiguravajuća zaštita po sklopljenom odgovarajućem paketu osiguranja za pretrage i liječenja vezana uz trudnoću postoji nakon isteka općeg razdoblja čekanja kod trudnoće koja je započela nakon početka osiguranja. Za trudnoću za koju je predviđen termin poroda prije proteka roka od 9 (devet) mjeseci, računajući od dana početka ugovora o osiguranju, zdravstvene usluge iz ugovora o osiguranju vezane uz navedenu trudnoću nisu u pokriću, osim ako se radilo o neprekinutom produljenju trajanja osiguranja (obnovi).
5. Kada se primjenjuje razdoblje čekanja, obveza osiguratelja počinje od prvog sljedećeg dana nakon isteka razdoblja čekanja, odnosno istekom 24. sata 15. dana, odnosno 121. dana nakon dana koji je na polici naveden kao dan početka osiguranja, pod uvjetom da je plaćena premija, odnosno premijski obrok.
6. Razdoblje čekanja ne primjenjuje se u slučaju:
 - nezgode koja nastane u razdoblju čekanja;
 - usluge sistematskog pregleda;
 - neprekinutog produljenja trajanja osiguranja za osiguranike koji su imali ranije ugovoreno dodatno zdravstveno osiguranje kod UNIQA, a koje je isteklo najviše 30 (trideset) dana prije sklapanja novog ugovora o osiguranju. Kod promjene ugovora o osiguranju zbog ugovaranja većeg opsega pokrića i primjene veće premije, 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.
7. Osiguranje prestaje za svakoga pojedinog osiguranika istekom 24. (dvadesetčetvrtog) sata dana koji je na polici naveden kao dan isteka osiguranja.
8. Nakon što ugovor o osiguranju istekne, moguće je sklopiti novi bez počeka 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. Osiguratelj neće nadoknaditi troškove koji nastanu uslijed medicinskog tretmana ili liječenja nastalog nakon isteka ugovora o osiguranju bez obzira je li 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) osim ako su postojale objektivne okolnosti zbog kojih za vrijeme traja-

nja osiguranja nije mogla biti ostvarena zdravstvena usluga (zauzetost kapaciteta zdravstvene ustanove i slično).

10. Ugovor o osiguranju ne može se sklopiti na vrijeme kraće od jedne godine.

7. PRAVO NA ODUSTANAK OD UGOVORA O OSIGURANJU

Potrošač odnosno svaka fizička osoba (ugovaratelj osiguranja) koja sklapa pravni posao ili djeluje na tržištu izvan svoje trgovačke, poslovne, obrtničke ili profesionalne djelatnosti može odustati od sklopljenog ugovora o osiguranju pod sljedećim uvjetima:

1. Ako je ugovor o osiguranju sklopljen u okviru organiziranog sustava prodaje ili pružanja usluge sredstvom daljinske komunikacije, ugovaratelj osiguranja može, ne navodeći za to razloge, odustati u roku od 14 dana od dana sklapanja ugovora, putem funkcije za jednostrani odustanak dostupne na web stranici UNIQA osiguranja: [Zahtjev za odustanak od ugovora o osiguranju | UNIQA](#).
- Nakon što otvorite stranicu za odustanak, ispunite izjavu za odustanak te je pošaljite putem gumba za potvrdu. Nakon slanja ispunjene izjave, bez odgađanja ćete zaprimiti potvrdu koja sadrži detalje vaše izjave, kao i datum i vrijeme podnošenja.
2. Smatra se da je od ugovora pravovremeno odustano ako je obavijest o odustanku upućena unutar roka iz stavka 1. ovoga članka.
3. Ugovor je raskinut u trenutku kad je UNIQA osiguranje d.d. zaprimila obavijest o odustanku iz stavka 2. ovoga članka.
4. Ugovaratelj osiguranja nema pravo na odustanak od ugovora ako je sklopljen ugovor o osiguranju na rok kraći od mjesec dana.
5. Ugovaratelj osiguranja ne odgovara za štetu koju je UNIQA osiguranje d.d. zbog odustanka od ugovora pretrpila te nije dužan platiti nikakvu kaznu ili naknadu za odustanak od ugovora. U slučaju ispunjenja uvjeta iz ovog članka UNIQA osiguranje vratiti će puni iznos premije bez odgađanja, a najkasnije u roku od 30 dana od dana primitka zahtjeva za odustanak.
6. Iskoristi li ugovaratelj osiguranja svoje pravo na odustanak, ugovorne strane nisu dužne ispuniti svoje obaveze iz ugovora sklopljenog na daljinu te je ugovaratelj osiguranja dužan bez odgađanja, a najkasnije u roku od 30 dana od dana jednostranog odustanka vratiti UNIQA osiguranju sve iznose što je primio temeljem ugovora o osiguranju.
7. U slučaju neostvarivanja prava na odustanak od ugovora o osiguranju, ugovaratelj osiguranja ima pravo na raskid ugovora prema odredbama iz čl.8. ovih Uvjeta.

8. PRESTANAK I RASKID UGOVORA O OSIGURANJU

1. Ugovor o osiguranju može prestati prije isteka vremena na koji je sklopljen zbog raskida ugovora ili u drugim slučajevima predviđenim ugovorom o osiguranju i Zakonom o obveznim odnosima, kao što je prestanak uslijed smrti ugovaratelja osiguranja za vrijeme trajanja osiguranja, prestanak uslijed utvrđene namjerne netočne prijave ili prešućivanja podataka od strane ugovaratelja osiguranja kao i utvrđene nenamjerne netočnosti ili nepotpunosti prijave od strane ugovaratelja osiguranja.
2. Ugovaratelj osiguranja ima pravo raskinuti ugovor o osiguranju u slučaju da osigurateljno pokriće nije započelo te će UNIQA osiguranje vratiti cjelokupnu uplaćenu premiju. Zahtjev za raskid od ugovora potrebno je poslati na elektroničku adresu: info@uniqa.hr ili poštom na adresu sjedišta osiguratelja.

9. SADRŽAJ I PODRUČJE DJELOVANJA OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE

- Osigurani slučaj je medicinski potrebno liječenje osigurani-ka zbog bolesti ili posljedica nezgode, odnosno medicinska usluga predviđena ugovorom o osiguranju koja je osigura-niku pružena za vrijeme trajanja osiguranja. Osigurani slu-čaj koji se odnosi na medicinski potrebno liječenje, počinje kada je to naznačeno u medicinskoj dokumentaciji i završa-va kada prema medicinskom nalogu više nije potrebno liječe-nje. Ako postoji potreba za produženjem liječenja zbog bolesti ili posljedica nezgode koja nije u neposrednoj vezi s dotadaš-njim liječenjem, tada nastaje novi osigurani slučaj.
- Ako to ugovoreni paket osiguranja pokriva, osiguranim sluča-jem smatra se i trudnoća za vrijeme koje su pokrivena najviše 4 (četiri) redovna kontrolna pregleda ginekologa.
- Liječenje je medicinski tretman koji se prema opće priznatim pravilima medicinske znanosti smatra primjerenim za ponov-no uspostavljanje zdravlja, poboljšanje stanja ili sprečavanje pogoršanja.
- Bolest je prema opće priznatom stavu medicinske znanosti poremećaj normalnih zbivanja u organizmu, odnosno nepra-vilno odvijanje životnih funkcija kao reakcija na vanjske ili unutrašnje podražaje mehaničke, fizikalno-kemijske, biološke ili psihološke prirode.

- Nezgoda je događaj koji nije uvjetovan voljom osiguranika, a djeluje iznenada, izvana, mehanički ili kemijski na njegovo tijelo i za posljedicu ima tjelesno oštećenje.

Kile u predjelu trbuha i/ili donjeg dijela tijela prouzročene ili pogoršane nezgodom ne smatraju se posljedicom nezgode.

- Za liječenja uzrokovana nezgodama:
 - u zrakoplovstvu (ne odnosi se na putnike na redovnom letu);
 - nastalim sudjelovanjem ili treningom u sportskim natjeca-njima s motornim vozilima;
 - prilikom sudjelovanja na skijaškim natjecanjima ili vožnja-ma boba kao i prilikom slobodnog penjanja ili leta zmajem, postoji osiguravajuća zaštita kao za liječenje zbog bolesti.
- Osiguravajuća zaštita vrijedi na području Republike Hrvatske, ako nije drugačije ugovoreno.

10. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Na ponudi i polici osiguranja navedena su ugovorena pokrića iz dodatnog zdravstvenog osiguranja, kao i ugovoreni iznosi osi-guranja. Iznosi osiguranja predstavljaju gornju granicu obveze osiguratelja u jednoj osigurateljnoj godini za ugovoreno pokri-će (u daljnjem tekstu: godišnji limit) ako nije drugačije ugovore-no. Osigurateljno pokriće definirano je ugovorenim paketom koji ugovaratelj osiguranja odabire prilikom sklapanja osiguranja.

Ugovoreni godišnji iznosi (limiti) koji se ne iskoriste ne prebacuju se u novu osigurateljnu godinu niti u novo osigurateljno razdoblje.

Tablica 1: Osigurateljna pokrića po pojedinom paketu individualnog ili grupnog osiguranja:

	Comfort	Optimal	Exclusiv	Kid	Teen
Specijalistički pregledi na medicinsku indikaciju	200,00 EUR	200,00 EUR	300,00 EUR	300,00 EUR	300,00 EUR
Dijagnostički postupci na medicinsku indikaciju	400,00 EUR (CT, MSCT i MR nisu u pokriću)	400,00 EUR	400,00 EUR	400,00 EUR	400,00 EUR
Ortopedska i dr. pomagala na medicinsku indikaciju				150,00 EUR	150,00 EUR
Stomatološke usluge na medicinsku indikaciju				150,00 EUR	150,00 EUR
Fizikalna terapija na medicinsku indikaciju			400,00 EUR		
Mali operacijski zahvati na medicinsku indikaciju			700,00 EUR		
Osnovni sistematski pregledi		1 u 2 godine	1 u 2 godine		
Specijalistika i dijagnostika 50% preko limita	DA	DA	DA	DA	DA
Unutar godišnjeg limita specijalistike i dijagnostike:					
Preventivni ginekološki pregled (pregled spec. ginekologa + ginekološki UZV + Papa razmaz)	1 godišnje	1 godišnje	1 godišnje		
Preventivni UZV dojke (za osobe starije od 30 godina)	1 u 2 godine	1 u 2 godine	1 u 2 godine		
Preventivni PSA	1 godišnje	1 godišnje	1 godišnje		
Preventivni UZV prostate (za osobe starije od 30 godina)	1 u 2 godine	1 u 2 godine	1 u 2 godine		
Preventivni UZV kukova + specijalistički pregled ortopeda				2 godišnje	
Trudnoća – specijalistički pregled ginekologa + UZV (1x 4D UZV, ostalo 2D/3D)			4 x za vrijeme trajanja trudnoće		
Telemedicina	2 godišnje	2 godišnje	2 godišnje	2 godišnje	2 godišnje

Tablica 2: Osigurateljna pokrića po pojedinom paketu kolektivnog osiguranja:

	Company Optimal	Company Optimal PLUS	Company Optimal IDEAL	Company Optimal EXTRA	Company Optimal MAXI	Company Exclusive EXTRA V1	Company Exclusive EXTRA V2	Company Exclusive EXTRA V3
Specijalistički pregledi na medicinsku indicaciju	200,00 EUR	200,00 EUR	200,00 EUR	200,00 EUR	200,00 EUR	300,00 EUR	300,00 EUR	300,00 EUR
Dijagnostički postupci na medicinsku indicaciju	400,00 EUR (CT, MSCT i MR nisu u pokriću)	400,00 EUR	400,00 EUR	400,00 EUR	400,00 EUR	400,00 EUR	400,00 EUR	400,00 EUR
Ortopedska i dr. pomagala na medicinsku indicaciju							300,00 EUR	
Stomatološke usluge na medicinsku indicaciju								150,00 EUR
Fizikalna terapija na medicinsku indicaciju						400,00 EUR	400,00 EUR	
Mali operacijski zahvati na medicinsku indicaciju						1.500,00 EUR		1.500,00 EUR
Sistematski pregled	OSNOVNI	PLUS	IDEAL	EXTRA	MAXI	EXTRA	EXTRA	EXTRA
Unutar godišnjeg limita specijalistike i dijagnostike:								
Trudnice	Prvi pregled + 3x kontrolna pregleda specijaliste ginekologa + 3x 2D/3D UZV + 1x 4D UZV, ostalo na indicaciju							
Telemedicina	2 godišnje	2 godišnje	2 godišnje	2 godišnje	2 godišnje	2 godišnje	2 godišnje	2 godišnje

Tablica 3: Zdravstvene usluge sadržane u pojedinim sistematskim pregledima:

Sistematski pre- gled - naziv	VARIJANTA A	VARIJANTA B
CONTROL (OSNOVNI)	• pregled liječnika specijaliste interne medicine ili medicine rada • snimka elektrokardiograma • ultrazvuk organa trbuha • usluge medicinsko-biokemijskog laboratorija: - pretrage krvi: sedimentacija, kompletna krvna slika, GUK, kreatinin, bilirubin, transaminaze /AST, ALT, GGT/, kolesterol, trigliceridi, HDL, urati - kompletna pretraga urina	
CONTROL PLUS	• osnovni sistematski pregled • pregled liječnika specijaliste ginekologa - PAPA test - ginekološki UZV transvaginalnom ili transabdominalnom sondom • UZV dojki za mlađe od 40 godina ili mamografija za starije od 40 godina	• osnovni sistematski pregled • UZV prostate • PSA na indicaciju
CONTROL IDEAL	• osnovni sistematski pregled • pregled liječnika specijaliste ginekologa - PAPA test - ginekološki UZV transvaginalnom ili transabdominalnom sondom • UZV dojki za mlađe od 40 godina ili mamografija za starije od 40 godina • TSH • UZV štitnjače na indicaciju • stolica na okultno krvarenje na indicaciju	• osnovni sistematski pregled • UZV prostate • PSA na indicaciju • urološki pregled na indicaciju • TSH na indicaciju • UZV štitnjače na indicaciju • ergometrija ili UZV srca na indicaciju • stolica na okultno krvarenje na indicaciju
CONTROL EXTRA	• osnovni sistematski pregled • pregled liječnika specijaliste ginekologa - PAPA test - ginekološki UZV transvaginalnom ili transabdominalnom sondom • UZV dojki za mlađe od 40 godina ili mamografija za starije od 40 godina • TSH • UZV štitnjače na indicaciju • stolica na okultno krvarenje na indicaciju • pregled liječnika specijaliste oftalmologa • ergometrija ili UZV srca na indicaciju	• osnovni sistematski pregled • UZV prostate • PSA na indicaciju • urološki pregled na indicaciju • TSH na indicaciju • UZV štitnjače na indicaciju • ergometrija ili UZV srca na indicaciju • stolica na okultno krvarenje na indicaciju • pregled liječnika specijaliste oftalmologa
CONTROL MAXI	• osnovni sistematski pregled • pregled liječnika specijaliste ginekologa - PAPA test - ginekološki UZV transvaginalnom ili transabdominalnom sondom • UZV dojki za mlađe od 40 godina ili mamografija za starije od 40 godina • TSH • UZV štitnjače • pregled liječnika specijaliste oftalmologa • stolica na okultno krvarenje • denzitometrija na indicaciju • ergometrija ili UZV srca na indicaciju	• osnovni sistematski pregled • UZV prostate • PSA • urološki pregled • TSH • UZV štitnjače • pregled liječnika specijaliste oftalmologa • ergometrija ili UZV srca • stolica na okultno krvarenje

Tablica 4: Opseg osigurateljnog pokrića po pojedinoj vrsti usluge obuhvaća:

SPECIJALISTIČKI PREGLEDI	• Specijalističke preglede svih specijalnosti po utvrđenoj medicinskoj indikaciji zbog bolesti ili posljedica nezgode, u opsegu i do godišnjeg limita određenih policom osiguranja. • Nakon što iskoristi maksimalno utvrđeni godišnji limit za specijalističke preglede, osiguranik ima pravo, ako za to postoji medicinski razlog, koristiti specijalističke preglede i preko godišnjeg limita, a uz uvjet sudjelovanja u trošku svakog idućeg specijalističkog pregleda u visini 50% od utvrđene cijene, kada je to policom i ugovorenim paketom osiguranja određeno. Navedeno pravo osiguranik ostvaruje samo za specijalističke preglede obavljene u ugovornim zdravstvenim ustanovama osiguratelja na osnovi medicinske indikacije i uz uvjet izvršene narudžbe zdravstvene usluge putem MedUNIQUE. Osiguratelj će zdravstvenoj ustanovi podmiriti ukupan trošak usluge, a osiguranik mu je dužan vratiti 50% sudjelovanja u troškovima u roku od 14 dana od dana zahtjeva za povrat (regres).
DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI	• Sve dijagnostičke postupke po utvrđenoj medicinskoj indikaciji zbog bolesti ili nezgode (npr. laboratorijska dijagnostika: hematologija, biokemija krvi i urina, radiologija: RTG pretrage, ultrazvuk kontrastne pretrage i dr.) u opsegu i do godišnjeg limita određenih policom osiguranja, s izuzetkom CT i MR dijagnostičkih postupaka. Ako je to pokriveno odabranim paketom osiguranja, osiguravajuća zaštita obuhvaća jedan CT jednog segmenta i jedan MR jednog segmenta tijekom trajanja police osiguranja (jednom u dvije godine osiguranja kada je ugovoreno trajanje osiguranja dvije godine, odnosno jednom u godinu dana kada je ugovoreno trajanje osiguranja jedna godina) temeljem medicinske indikacije liječnika specijalista odgovarajuće specijalnosti ako postojeći godišnji limit to dozvoljava. • Nakon što iskoristi maksimalno utvrđeni godišnji limit za dijagnostičke postupke, osiguranik ima pravo, ako za to postoji medicinski razlog, koristiti dijagnostičke postupke i preko godišnjeg limita, a uz uvjet sudjelovanja u trošku svakog idućeg dijagnostičkog postupka u visini 50% od utvrđene cijene, kada je to policom i ugovorenim paketom osiguranja određeno. Navedeno pravo osiguranik ostvaruje samo za dijagnostičke postupke obavljene u ugovornim zdravstvenim ustanovama osiguratelja na osnovi medicinske indikacije i uz uvjet izvršene narudžbe zdravstvene usluge putem MedUNIQUE. Osiguratelj će zdravstvenoj ustanovi podmiriti ukupan trošak usluge, a osiguranik mu je dužan vratiti 50% sudjelovanja u troškovima u roku od 14 dana od dana zahtjeva za povrat (regres).
ORTOPEDSKA I DRUGA POMAGALA	Ako je ugovoreno pokriće ortopedskih i dr. medicinskih pomagala, osiguravajuća zaštita obuhvaća: • pravo osiguranika na naknadu za predmetna pomagala (npr. naočale, leće, proteze, itd.) koja nisu priznata obveznim zdravstvenim osiguranjem ili su priznata, ali nižeg standarda, i to u opsegu i do godišnjeg limita određenog policom osiguranja. Samopridržaj osiguranika je 30% od cijene pomagala. Pravo osiguranika na pokriće troškova za ortopedska i dr. medicinska pomagala utvrđuje se prema medicinskoj indikaciji liječnika specijaliste sukladno odredbama Općih uvjeta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i važećeg Pravilnika o ortopedskim i drugim pomagalima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Osiguranik stječe pravo na pokriće troškova za ortopedska i dr. medicinska pomagala ako je protekao propisani rok upotrebe pomagala prema odredbama Pravilnika o ortopedskim i drugim pomagalima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, uz izuzetak očnih pomagala gdje osiguranik ima pravo na jedno pomagalo (ili par) svake druge godine, osim ako tijekom osiguranja dođe do promjene dioptrije za više od 1. Ako dođe do promjene dioptrije za više od 1, osiguranik stječe pravo na pokriće troškova za očna pomagala (stakla i okviri, kontaktne leće) onoliko puta koliko se puta promijeni dioptrija. Promjena dioptrije dokazuje se odgovarajućom medicinskom dokumentacijom koja mora biti dostavljena osiguratelju. Posljednji nalaz liječnika specijaliste ne smije biti stariji od 3 mjeseca. Pravo osiguranika na naknadu troškova za očna pomagala ograničeno je na 150,00 EUR u jednoj osigurateljnoj godini (godišnji podlimit), ako nije drugačije ugovoreno. Ugovaratelj/osiguranik je dužan kod sklapanja osiguranja osiguratelju prijaviti korištenje ortopedskog ili dr. medicinskog pomagala. Iz osiguravajućeg pokrića izuzeti su troškovi za ortopedska i druga medicinska pomagala ako je pomagalo oštećeno ili uništeno zbog namjere ili krajnje nepažnje osiguranika. Iz osiguravajućeg pokrića izuzeti su troškovi za stomatološka pomagala (npr. aparatići za zube, proteze i sl.). Iz osiguravajućeg pokrića izuzeti su troškovi za pomoćna sredstva (zdravstvena pomagala) kao što su npr. irigatori, vrećice s ledom, pumpice za izdavanje mlijeka, štrcaljke za ispiranje usta, električni termofori, toplomjeri te uređaji i pomagala za njegu tijela i bolesničku njegu.

STOMATOLOŠKE USLUGE	Ako je ugovoreno pokriće stomatoloških usluga, osiguravajuća zaštita obuhvaća: - pravo osiguranika na pokriće stomatoloških usluga po utvrđenoj medicinskoj indikaciji, a u opsegu i do godišnjeg limita određenih policom osiguranja. Samopridržaj osiguranika iznosi 30% od troška svake usluge. Stomatološke usluge obuhvaćene osiguravajućim pokrićem su: - usluge iz restorativne stomatologije (npr. ispuni zubiju) - interdisciplinarnе usluge (npr. pregled, ponovni pregled, ortopantomografsko snimanje, lokalni - interoralni rendgenski snimak s očitanjem, lokalne anestezije) - usluge profilakse paradontnih bolesti (npr. odstranjivanje mekih i tvrdih zubnih naslaga) - usluge iz oralne kirurgije (npr. vađenje zuba s anestezijom, vađenje zuba sa separacijom s anestezijom). Iz pokrića se izuzima stomatološka protetika, endodoncije i ortodoncija.
FIZIKALNA TERAPIJA	Ako je ugovoreno pokriće fizikalne terapije, osiguravajuća zaštita obuhvaća: pravo osiguranika na ambulantnu fizikalnu terapiju po utvrđenoj medicinskoj indikaciji, a u opsegu i do godišnjeg limita određenih policom osiguranja. Samopridržaj osiguranika iznosi 30% od troška svake usluge. Iz pokrića je izuzeta fizikalna terapija koja se provodi stacionarno. Boravak se smatra stacionarnim ako osiguranik boravi u ustanovi (bolnica, toplice i sl.) najmanje 24 h.
MALI OPERACIJSKI ZAHVATI	Mali operacijski zahvat je zahvat koji se izvodi ambulantno, najčešće u lokalnoj anesteziji, a boravak klijenta u ustanovi ne prelazi 24 h. Nakon zahvata klijent se isti dan otpušta na kućnu njegu, ne noći u bolnici/ustanovi. Ako je ugovoreno pokriće malih operacijskih zahvata, osiguravajuća zaštita obuhvaća: pravo osiguranika na pokriće ambulantnih, malih operacijskih zahvata (npr. ekscizija, ekskohleacija, operacije laserom, ligature, kauterizacija, incizija, skleoizacija i sl.) po utvrđenoj medicinskoj indikaciji, a u opsegu i do godišnjeg limita određenih policom osiguranja. Samopridržaj osiguranika iznosi 30% od troškova svakog zahvata. Iz pokrića su izuzeti oni operacijski zahvati koji zahtijevaju bolničko liječenje, odnosno stacionarni boravak u ustanovi. Boravak se smatra stacionarnim ako operacijski zahvat zahtijeva boravak u ustanovi (bolnici) najmanje 24 h.
SISTEMATSKI PREGLEDI	Kada je to ugovoreno, osigurateljna zaštita obuhvaća cjelovit preventivni pregled liječnika specijaliste interne medicine ili medicine rada namijenjen redovnoj kontroli zdravstvenog stanja koji obuhvaća najvažnije dijagnostičke postupke i specijalističke preglede (sistematski pregled). Vrsta (opseg) sistematskog pregleda određen je pojedinim paketom osiguranja ili policom osiguranja.
TELEMEDICINA	Telemedicina je usluga medicinskih konzultacija s liječnikom na daljinu u vezi s nezgodom, bolešću ili simptomima bolesti, tumačenjem dijagnostičkih i laboratorijskih nalaza te preporukama za pretrage. Iskorištene konzultacije ulaze u limit za specijalističke preglede, a broj konzultacija ograničen je na dvije u svakoj osigurateljnoj godini. Osiguranik ima pravo izbora liječnika za online konzultaciju s popisa dostupnog na internetskoj platformi. Ako osiguranik tijekom online konzultacije dobije preporuku za obavljanje nekog od ugovorenih pregleda, može ga dogovoriti pozivom MedUNIQA kontakt centru. Pristup platformi omogućuje se putem poveznice prema uputama i smjernicama osiguravatelja.

11. OGRANIČENJE I ISKLJUČENJE OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE

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 ako isto nije prijavljeno u zdravstvenom upitniku te je izvršena procjena rizika i prihvata u osiguranje prema izmijenjenim uvjetima, npr. doplatak, posebni početak);
- troškove medicinskih usluga zbog preventivne zdravstvene zaštite, osim ako drugačije nije ugovoreno;
- kozmetičke tretmane i estetske zahvate te operacije i posljedice istih ako te mjere ne služe otklanjanju posljedica nezgode;
- kućne njege te mjere gerijatrije, rehabilitacije i terapijske pedagogije;
- implantacije zubi te s njima usko povezane mjere i posljedice, ako 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 radi utvrđivanja ili dijagnosticiranja i liječenja neplodnosti i planiranja trudnoće;
- sve oblike medicinski potpomognute oplodnje, kao što je npr. in-vitro fertilizacija ili inseminacija;
- sve genetske testove u trudnoći;
- bolesti i nezgode i posljedice nezgode prouzročene aktivnim sudjelovanjem u izgređima, tučnjavama ili izvršenjem odnosno pokušajem izvršenja zakonom kažnjive radnje;
- promjene spola;
- troškove liječenja nastale 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 građan-

skim nemirima koji nastanu iz takvih događaja, sabotaze ili terorizma počinjenog iz političkih pobuda, nasilja ili drugih sličnih događaja u kojima je aktivno sudjelovao osiguranik;

- stradanja u obilježenom minskom polju;
- stradanja u potresu;
- posljedice ionizirajućih zračenja;
- bolesti epidemijskih ili pandemijskih razloga i posljedice takvih bolesti;
- test intolerancije na hranu;
- alergijske testove iz krvi (sa više od 20 alergena);
- drugo liječničko mišljenje, ekspertiza i sl.

2. Prelazi li liječenje nužnu mjeru, osiguratelj ima pravo umanjiti naknadu na odgovarajući iznos. Isto vrijedi za pomoćna sredstva (zdravstvena pomagala).
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 3. (trećeg) mjeseca od dana dostavljanja obavijesti.
4. U svakom slučaju osiguratelj nije obavezan ni na kakva davanja, ako je ugovaratelj osiguranja ili osiguranik izazvao osigurani slučaj namjerno ili prijevarom.

12. PREMIJA OSIGURANJA

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 obračunava i naplaćuje za svaku osiguratelju godinu, a ista ovisi o ugovorenom paketu osiguranja, dobi osiguranika, zdravstvenom stanju osiguranika i drugim parametrima ocjene rizika osiguranja.
4. Ugovorom o osiguranju može se odrediti plaćanje premije u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim obrocima.
5. Prva premija dospijeva danom sklapanja ugovora o osiguranju.
6. 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.
7. Ako ugovaratelj osiguranja ili druga osoba koja ima pravni interes, dođe u zakašnjenje plaćanja dužne primije, osiguratelj može, osim glavnice, obračunati i zatezne kamate.
8. Osiguratelj ima pravo pri isplati odbiti od naknade svu do tada dospjelu neplaćenu premiju i zateznu kamatu.
9. Ako ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ima dugovanje po dospjeloj premiji osiguranja veće od 66,36 EUR, isti ostvaruje pravo na sve usluge koje su u pokriću sklopljenog ugovora o osiguranju, na način da će trošak odobrene i organizirane zdravstvene usluge od strane MedUNIQUE osiguranik platiti osobno zdravstvenoj ustanovi, a osiguratelj će mu izvršiti povrat plaćenih troškova pod uvjetom da je u međuvremenu podmirena sva dospjela premija. Osiguratelj će u tom slučaju vratiti osiguraniku plaćeni iznos troškova, ali najviše do iznosa cijene koju bi osiguratelj za tu uslugu platio zdravstvenoj ustanovi da je korištena uputnica MedUNIQUE.
10. Premija osiguranja obračunava se i plaća u eurima.

11. Ako se premija osiguranja plaća putem pošte, smatra se da je ista plaćena u 24:00 sata onoga dana kada je uplaćena na pošti, a ako je plaćena putem banke, smatra se da je plaćena u 24:00 sata onoga dana kada je nalog predan banci.
12. 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 obavješću 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 od dospelosti.

13. PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU

1. Ugovor o osiguranju prestaje smrću ugovaratelja osiguranja, kao i u slučaju smrti osiguranika. U slučaju smrti jednog osiguranika, kod ugovora o grupnom osiguranju, ugovor prestaje samo u odnosu na tog osiguranika.

14. IZMJENA UVJETA OSIGURANJA

1. Ako osiguratelj za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju izmijeni Uvjete ili nastanu okolnosti zbog kojih je nužna izmjena premije osiguranja (promjena zakonskih propisa, bitna promjena tržišnih okolnosti i slično), obavezuje se pisanim putem ili na drugi odgovarajući način obavijestiti o tome ugovaratelja osiguranja.
2. Ugovaratelj ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 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 točki 2. smatra se da je pristao na promjene uvjeta i novu premiju od datuma naznačenog u obavijesti.

15. KOMUNIKACIJA

1. Sve obavijesti i prijave koje je osiguratelj obavezan učiniti prema odredbama ovih Uvjeta, osiguratelj će dostaviti ugovaratelju, 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 mu je posljednja dostavljena sukladno odredbama ovog članka.
5. Sporazumi koji se tiču sadržaja ugovora vrijede samo ako su sklopljeni u pisanom obliku.

16. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA

1. Pravo na zdravstvenu zaštitu osiguranik može ostvariti izborom liječnika unutar i izvan mreže ugovornih zdravstvenih ustanova UNIQA u Republici Hrvatskoj. Mreža zdravstvenih ustanova UNIQA objavljena je na www.uniqua.hr pod rubrikom "Kontakti i usluge"/Ugovorne zdravstvene ustanove.
2. Zdravstvene usluge prema ugovorenim pokriću obavljaju se bez uputnica liječnika opće prakse i u vrijeme koje vam odgovara. Dovoljno je javiti se dežurnoj medicinskoj telefonskoj službi – MedUNIQA koja će po utvrđenoj medicinskoj indikaciji organizirati odgovarajuću uslugu.
3. MedUNIQA je na raspolaganju osiguranicima medicinskim savjetom i narudžbom za zdravstvene usluge svakog dana od 0 do 24 sata putem telefona (+385) 01 6324 275 ili e-maila meduniqua@uniqua.hr.
4. U slučaju da ste iz bilo kojih razloga spriječeni obaviti zdravstvenu uslugu koju ste dogovorili putem MedUNIQA, obvezni ste najkasnije 24 (dvadesetčetiri) sata prije dogovorenog termina otkazati je javljanjem telefonom u MedUNIQU, osim u slučaju više sile. U protivnom je UNIQA ovlaštena naplatiti ugovornu kaznu u iznosu 13,27 EUR po propuštenoj dogovorenoj zdravstvenoj usluzi.
5. Ako ste zdravstvenu uslugu ostvarili izvan ugovorne mreže zdravstvenih ustanova UNIQA, takvu uslugu plaćate sami te račun dostavljate uz prijavu zahtjeva za naknadu (osigurninu). Prijavi je potrebno priložiti relevantnu medicinsku dokumentaciju, a UNIQA će izvršiti povrat sredstava za učinjenu zdravstvenu uslugu sukladno cijenama relevantnih strukovnih udruženja (Hrvatska liječnička komora i sl.), a najviše do ugovorenog godišnjeg limita prema sklopljenom ugovoru o osiguranju i uz prethodno utvrđenu medicinsku indikaciju za predmetnu zdravstvenu uslugu.
6. Na zahtjev UNIQA dužni ste dostaviti svu medicinsku dokumentaciju potrebnu za utvrđivanje nastupa osiguranog slučaja kao dokaz da ste koristili neko od prava iz zdravstvene zaštite sukladno sklopljenom ugovoru o osiguranju.
7. Naknada (osigurnina) za izvršene zdravstvene usluge ostvarene bez posredovanja MedUNIQA isplaćuje se na račun osiguranika u roku od 14 (četnaest) radnih dana od dana zaprimanja prijave. Ako je za utvrđivanje postojanja osnova ili visine obveze, odnosno kontrolu računa i medicinske dokumentacije potrebno stanovito vrijeme, rok za isplatu ili obavijest da je zahtjev neosnovan iznosi 30 (trideset) dana. Ako UNIQA neće biti u mogućnosti donijeti konačnu odluku o visini svoje obveze u roku od 30 (trideset) dana od dana zaprimanja prijave, obvezuje se isplatiti iznos nespornog dijela obveze na ime predujma.
8. Osiguravajuću zaštitu možete početi koristiti sukladno odredbama navedenim pod naslovom „RAZDOBLJE ČEKANJA“.
9. Pristup internetskoj platformi Telemedi omogućuje se putem poveznice prema uputama i smjernicama osiguravatelja.

17. MJERODAVNO PRAVO

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

Ove Uvjete osiguranja odobrila je Uprava UNIQA osiguranja d.d. i u primjeni su od 14.9.2026.

18. NADZOR

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

19. POSTUPAK RJEŠAVANJA PRITUŽBI I 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.

Osiguranik, ugovaratelj osiguranja i korisnik iz ugovora o osiguranju u slučaju nezadovoljstva postupanjem osiguratelja ili posrednika u osiguranju, mogu podnijeti pritužbu.

Pritužba se podnosi:

- a) usmeno na zapisnik:
 - u sjedištu UNIQA osiguranja
- b) pisanim podneskom:
 - na adresu sjedišta UNIQA osiguranja ili
 - e-mailom na adresu uniqua.prituzbe@uniqua.hr.
- c) online prijavom na www.uniqua.hr

Pritužba treba sadržavati:

- a) 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;
- b) razloge pritužbe 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 pritužba 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.

Nakon analize i provjere navoda iz pritužbe Komisija za pritužbe UNIQA osiguranja 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 društvo za osiguranje će obavijestiti podnositelja pritužbe o zaprimljenoj pritužbi i tijeku postupka.

Svi sporovi koji proizlaze iz ugovornog odnosa 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 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.