

# OPĆI UVJETI ZA DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

## I. OPĆE ODREDBE

### Članak 1.

(1) Ovi Opći Uvjeti za dodatno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: *Uvjeti*) sastavni su dio Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju, koji je Ugovaratelj osiguranja sklopio s društvom Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. (u daljnjem tekstu: *Osiguratelj*).

(2) Ovim Uvjetima reguliraju se odnosi između Ugovaratelja osiguranja, Osiguranika i Osiguratelja iz Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju kako je definirano zakonima i zakonskim propisima iz područja zdravstva.

(3) Dodatno zdravstveno osiguranje je 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) Pojedini izrazi u ovim Uvjetima znače:

OSIGURATELJ je Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d.; UGOVARATELJ OSIGURANJA je fizička ili pravna osoba koja s Osigurateljem sklopi Ugovor o osiguranju i koja je obvezna plaćati premiju osiguranja;

OSIGURANIK je osoba koja temeljem nastalog Osiguranog slučaja ima pravo na ispunjenje Osigurateljeve ugovorne obveze;

PONUĐITELJ je osoba koja podnosi ponudu za osiguranje;

ZDRAVSTVENI UPITNIK je skup pitanja kojima se procjenjuje zdravstveno stanje prije sklapanja Ugovora o osiguranju i ocjenjuje povećani rizik bolesti;

PREMIJA OSIGURANJA je iznos koji je Ugovaratelj osiguranja dužan platiti Osiguratelju prema sklopljenom Ugovoru o osiguranju;

POLICA OSIGURANJA je isprava o sklopljenom Ugovoru o osiguranju koju izdaje Osiguratelj;

ISKAZNICA DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA (u daljnjem tekstu: *Iskaznica*) je isprava kojom Osiguranik dokazuje svoj status Osiguranika i kojom ostvaruje prava iz sklopljenog Ugovora o osiguranju;

OSIGURANI SLUČAJ je usluga predviđena uvjetima iz Ugovora o osiguranju, koja je pružena za vrijeme trajanja osiguranja na način propisan Uvjetima;

CIJENIK MEDICINSKIH USLUGA predstavlja popis medicinskih usluga s pripadajućim cijenama izraženim u kunama;

PROVODITELJ USLUGA je zdravstvena ustanova, privatni zdravstveni radnik te trgovačko društvo koji obavlja zdravstvenu djelatnost, a kod kojih Osiguranik može koristiti prava iz dodatnoga zdravstvenog osiguranja temeljem Uputnice dostavljene od strane Osiguratelja. Popis provoditelja usluga nalazi se na Internet stranici Osiguratelja [www.wiener.hr](http://www.wiener.hr) ;

UPUTNICA je dokument kojeg ovlaštenu radnik Osiguratelja dostavlja Provoditelju usluga za obavljanje dogovorene medicinske usluge pokrivena osiguranjem;

OSIGURATELJNO RAZDOBLJE je razdoblje na koje je sklopljen Ugovor o osiguranju, a utvrđuje se u pravilu u trajanju od dvije (2) godine.

OSIGURATELJNA GODINA je razdoblje od jedne (1) godine koje se računa od datuma početka Ugovora o osiguranju do istog datuma sljedeće godine;

PERIOD POČEKA (KARENCA) je vremensko razdoblje definirano na Polici osiguranja, a računa se od dana koji je naznačen kao početak osiguranja, za vrijeme kojeg osigurateljno pokriće nije na snazi odnosno Osiguratelj nije u obvezi isplate osigurane svote ako osigurani slučaj nastupi za vrijeme karence;

SAMOPRIDRŽAJ ili franšiza je iznos ili postotak sudjelovanja Osiguranika u troškovima Osiguranog slučaja.

## II. SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE I SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

### Članak 2.

(1) Osiguranikom po osnovi dodatnog zdravstvenog osiguranja može postati samo ona osoba koja ima utvrđen status osigurane

osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO), sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: ZOZO).

(2) Osiguranik po ovim Uvjetima može biti fizička osoba pristupne dobi od najmanje osamnaest (18) godina do navršene sedamdesete (70) godine života temeljem učinjene ponude Osiguratelju s ispunjenim zdravstvenim upitnikom, medicinske dokumentacije i/ili zdravstvenog pregleda prema zahtjevu Osiguratelja čime se procjenjuje zdravstveno stanje i ocjenjuje postojanje povećanog rizika bolesti.

(3) Osiguranje se može obnavljati na način da osiguranje završava najkasnije u godini u kojoj Osiguranik navršava sedamdesetpetu (75) godinu života.

(4) Ugovor o osiguranju sklapa se temeljem prihvata ponude Ponuditelja učinjene Osiguratelju odnosno potpisom Police osiguranja.

(5) Ugovor o osiguranju može biti sklopljen potpisom Ponude odnosno samim plaćanjem premije osiguranja, ukoliko je isto naznačeno u Polici osiguranja.

(6) Pisana ponuda učinjena Osiguratelju za sklapanje Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju obvezuje Ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od osam (8) dana od dana kada je ponuda prispjela Osiguratelju, a ako je potreban liječnički pregled ili dodatna medicinska dokumentacija onda za vrijeme od trideset (30) dana. Ako Osiguratelj u navedenom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih Uvjeta za predloženo osiguranje, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je Ugovor o osiguranju sklopljen.

(7) Ako u razdoblju od podnošenja ponude do sklapanja Ugovora o osiguranju dođe do povećanja rizika (npr. oboljenja odnosno ozljede), Ugovaratelj osiguranja mora odmah nakon saznanja pisanim putem o tome obavijestiti Osiguratelja koji će napraviti novu procjenu rizika.

(8) Ako u toku trajanja osiguranja dođe do gubitka statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, Ugovaratelj osiguranja je dužan o tome obavijestiti Osiguratelja.

(9) Osiguranik iz stavka 1. ovoga članka, gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, gubi status Osiguranika u dodatnom zdravstvenom osiguranju.

(10) Temeljem Ugovora o osiguranju i plaćene premije osiguranja, Osiguratelj izdaje Iskaznicu, kojom se Provoditelju usluge dokazuje status Osiguranika.

(11) Kod obnove osiguranja, Ponuditelj ponovno daje ponudu Osiguratelju koja uključuje Zdravstveni upitnik te po potrebi prilaže medicinsku dokumentaciju o provedenom liječenju temeljem čega se procjenjuje promijenjeno zdravstveno stanje i ocjenjuje povećani rizik bolesti.

(12) Osiguratelj može odlučiti da privremeno ne prihvaća obvezu za određenu bolest, a ima pravo i odbiti ili odgoditi prihvata ponude za sklapanje Ugovora o osiguranja sukladno Posebnim uvjetima za osiguranje povećanog rizika bolesti.

(13) Ako Osiguratelj temeljem ponude, podataka iz zdravstvenog upitnika, medicinske dokumentacije ili zdravstvenog pregleda, ocjeni da se Osiguranik može prihvatiti u osiguranje uz povećanu premiju, o tome će obavijestiti Ugovaratelja osiguranja.

## III. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

### Članak 3.

(1) Osiguranici koriste ugovorene medicinske usluge obračunajući se ovlaštenom radniku Osiguratelja, koji za Osiguranika ugovara vrstu i vrijeme provođenja medicinske usluge kod Provoditelja usluga. Ovlaštenu radnik Osiguratelja šalje uputnicu Provoditelju usluga kojom dogovara obavljanje medicinske usluge za Osiguranika.

(2) Troškove ugovorenih medicinskih usluga koji su nastali ostvarivanjem prava Osiguranika sukladno odredbama ovih Uvjeta kod ugovornih Provoditelja usluga, Osiguratelj pokriva

sukladno Cjeniku medicinskih usluga Osiguratelja i sklopljenom Ugovoru o poslovnoj suradnji.

(3) Ukoliko se radi o nastavku započetog postupka liječenja kod Provoditelja usluga kojem prestaje vrijediti Ugovor o poslovnoj suradnji, Osiguratelj će Osiguraniku nadoknaditi troškove medicinskih usluga prema Cjeniku medicinskih usluga Osiguratelja na koje Osiguranik ima pravo temeljem Ugovora o osiguranju.

(4) Ukoliko je Osiguranik platio troškove dogovorene medicinske usluge na koje ima pravo prema odredbama Ugovora o osiguranju, Osiguratelj se obvezuje nadoknaditi troškove Osiguraniku.

(5) Nadoknada troškova iz stavka 3. i 4. ovog članka provodi se temeljem zaprimljenog Zahtjeva za nadoknadu, u roku od najviše četrnaest (14) dana od dana zaprimanja zahtjeva i izvornika računa s potrebnom dokumentacijom. 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 trideset (30) dana. Ukoliko Osiguratelj neće biti u mogućnosti donijeti konačnu odluku o visini svoje obveze u roku od trideset (30) dana od dana zaprimanja prijave, obvezuje se isplatiti iznos nespornog dijela obveze na ime predujma.

(6) Ako je Osiguranik odobrenu medicinsku uslugu obavio kod Provoditelja usluga koji nema ugovorni odnos s Osigurateljem, Osiguratelj će mu nadoknaditi 80% cijene te usluge iz Cjenika medicinskih usluga Osiguratelja.

(7) Osiguratelj se obvezuje putem ovlaštenog radnika ugovoriti pružanje medicinske usluge Osiguraniku u što kraćem, a primjerenom roku. Primjerenim rokom za ugovaranje medicinske usluge smatra se rok od najviše 15 dana od dana javljanja Osiguratelju.

(8) Ukoliko Osiguranik koristi ugovorene medicinske usluge suprotno odredbama iz ovog članka, Osiguratelj nije u obvezi nadoknaditi troškove za obavljene medicinske usluge.

(9) Ukoliko Osiguranik ne obavi ugovorenu medicinsku uslugu zbog nepojavljivanja, a istu nije otkazao putem ovlaštenog radnika Osiguratelja najkasnije dvadeset četiri (24) sata prije ugovorenog termina, smatrat će se da je medicinska usluga obavljena.

#### **Članak 4.**

(1) 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. Osiguratelj ima pravo na provjeru cijena plaćenih medicinskih usluga te pregled medicinske dokumentacije. Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze koji su po razumnoj ocjeni relevantni za ocjenu opravdanosti predmetnog zahtjeva.

(2) Za neovlašteno korištenje Iskaznice dodatnog zdravstvenog osiguranja te za plaćanje medicinskih usluga na koje, po ovim Uvjetima nema pravo, Osiguranik je odgovoran prema Zakonu, a Osiguratelj ima pravo na povrat isplaćenog iznosa, uz naknadu svih troškova nastalih takvim postupanjem.

### **IV. PREMIJA OSIGURANJA**

#### **Članak 5.**

(1) Premija osiguranja utvrđuje se za osigurateljno razdoblje, a ovisi o opsegu osigurateljnog pokrivača, pristupnoj dobi Osiguranika, zdravstvenom stanju Osiguranika i obliku osiguranja.

(2) Visina premije odnosno ukupan iznos premije i način plaćanja navedeni su u Polici osiguranja. O visini premije Ugovaratelj osiguranja obaviješten je prije nego je potpisao Policu osiguranja, odnosno prije nego je uplatio premiju ili prvi obrok premije. Na premiju se ne plaća doprinos niti porez, kao niti drugi trošak odnosno naknada, sukladno pozitivnim propisima Republike Hrvatske.

(3) Ugovaratelj osiguranja, dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed. Godišnja premija osiguranja dospijeva na naplatu u cjelosti odjednom te se plaća jednokratno. Iznimno se plaćanje premije može ugovoriti

obročno, s time da se prvi obrok premije plaća potpisom Police, osim ako se drugačije ne ugovori.

(4) Ugovaratelj osiguranja, odnosno Osiguranik, dužan je odmah pisanim putem izvijestiti Osiguratelja o promjeni dostavne adrese.

(5) Osiguratelj može obračunati zateznu kamatu na svako zakašnjenje plaćanja ugovorene premije.

(6) U slučaju da Ugovaratelj osiguranja ima dugovanje po premiji osiguranja duže od šezdeset (60) dana od dospelosti premije, Osiguranik ostvaruje pravo na pokriće troškova medicinskih usluga sukladno članku 3. stavak 4. ovih Uvjeta uz prethodnu naplatu dužne premije osiguranja pod uvjetom da je Ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju još uvijek na snazi.

(7) Ako Ugovaratelj osiguranja, premiju koja je dospjela nakon sklapanja Ugovora ne plati do dospelosti, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, Ugovor o osiguranju prestaje po samom Zakonu nakon isteka roka od trideset (30) dana od kada je Ugovaratelju osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguratelja s obavijesti o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne trideset (30) dana od dospelosti premije.

(8) U svakom slučaju Ugovor o osiguranju prestaje po samom Zakonu, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

### **V. NAMJERNA NETOČNA PRIJAVA ILI PREŠUĆIVANJE**

#### **Članak 6.**

(1) Ugovaratelj osiguranja dužan je prijaviti Osiguratelju, prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju, sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

(2) Ako je Ugovaratelj osiguranja namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve naravi da Osiguratelj ne bi sklopio Ugovor o osiguranju da je znao za pravo stanje stvari, Osiguratelj može zahtijevati poništaj Ugovora o osiguranju.

(3) U slučaju poništaja Ugovora o osiguranju iz stavku 2. ovoga članka Osiguratelj ima pravo zadržati i naplatiti premiju za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj Ugovora o osiguranju.

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

### **VI. NENAMJERNA NETOČNOST ILI NEPOTPUNOST**

#### **PRIJAVE**

#### **Članak 7.**

(1) Ako je Ugovaratelj osiguranja 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 razmjerno povećanom riziku.

(2) Ugovor o osiguranju, u slučaju raskida iz stavka 1. ovog članka, prestaje nakon isteka četrnaestog (14) dana otkad je Osiguratelj svoju izjavu o raskidu priopćio Ugovaratelju osiguranja.

(3) U slučaju Osigurateljeva prijedloga iz stavka 1. ovog članka da se premija poveća, raskid Ugovora o osiguranju nastupa po samom zakonu ako Ugovaratelj osiguranja ne prihvati prijedlog u roku od četrnaest (14) dana od primitka prijedloga.

(4) U slučaju raskida Ugovora o osiguranju, Osiguratelj je dužan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

### **VII. POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA**

#### **Članak 8.**

(1) Osiguranje počinje istekom dvadesetčetvrtog (24.) sata onoga dana koji je u Polici naveden kao početak osiguranja, pod uvjetom da je prije toga plaćena premija osiguranja, odnosno premijski obrok, a prestaje istekom dvadesetčetvrtog (24.) sata onog dana koji je u Polici naveden kao dan prestanka osiguranja, ako nije drukčije ugovoreno.

(2) Obveza Osiguratelja počinje u 00,00 sati šesnaestog (16) dana od dana označenog u Polici kao početak osiguranja, ako je do tog dana plaćena premija osiguranja ili njen prvi obrok (Period počeka ili karenca).

(3) Osiguratelj prije isteka roka iz stavka 2. ovog članka, ne pokriva troškove zdravstvene zaštite iz članka 3. ovih Uvjeta. Period počeka (karenca) se ne primjenjuje kod produljenja trajanja Ugovora o osiguranju, za Osiguranike koji su imali ranije ugovoreno dodatno zdravstveno osiguranje kod bilo kojeg Osiguratelja i koje je isteklo najkasnije trideset (30) dana prije početka osiguranja po ovim Uvjetima niti za osiguranja kod kojih je ugovoren početak osiguranja s odmakom većim od trideset (30) dana od dana Ugovaranja osiguranja.

(4) Ugovor o osiguranju sklapa se u pravilu na rok od dvije (2) godine s time da se premija naplaćuje posebno za svaku Osigurateljnu godinu. Grupno osiguranje i nadoplatni program dodatnog zdravstvenog osiguranja mogu se ugovoriti na kraći rok, ali ne kraći od godine dana, na način kako je utvrđeno Posebnim uvjetima.

### **VIII. ISKLJUČENJA I OGRANIČENJA OBVEZE OSIGURATELJA**

#### **Članak 9.**

(1) Isključena je obveza Osiguratelja ako je osigurani slučaj nastao kao posljedica:

- planiranog liječenja odnosno specijalističkih pregleda, dijagnostičkih i terapijskih postupaka indiciranih prije početka osigurateljnog razdoblja;
- pružanja medicinskih usluga zbog preventivne zdravstvene zaštite osim ako posebnim uvjetima nije drugačije propisano;
- obavljanja estetskih i/ili kozmetičkih zahvata bilo koje vrste;
- prekida trudnoće koji nije medicinski indiciran;
- eksperimentalnog liječenja;
- odvikavanja Osiguranika od ovisnosti bilo koje vrste;
- bolesti epidemijskih ili pandemijskih razmjera;
- djelovanja alkoholnih i/ili narkotičkih sredstava kod Osiguranika;
- pokušaja samoubojstva Osiguranika;
- rata i ratnih događanja;
- revolucije, građanskog rata, pobune, sabotaže, terorizma i drugih sličnih događaja;
- ostalih slučajeva utvrđenih Zakonom i podzakonskim aktima ili Posebnim uvjetima osiguranja.

(2) Obveza Osiguratelja isključena je u cijelosti za vrijeme Perioda počeka (karence) na početku osiguranja, kako je utvrđeno ovim Uvjetima i Posebnim uvjetima osiguranja.

(3) Obveza Osiguratelja isključena je za hitna zdravstvena stanja.

### **IX. IZMJENA UVJETA OSIGURANJA ILI PREMIJSKOG SUSTAVA OSIGURATELJA**

#### **Članak 10.**

(1) Ako Osiguratelj izmijeni Uvjete osiguranja ili Premijski sustav, obvezuje se o tome pisano izvijestiti Ugovaratelja osiguranja najkasnije trideset (30) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine.

(2) Ugovaratelj osiguranja ima pravo otkazati Ugovor o osiguranju u roku od trideset (30) dana od dana primitka obavijesti. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće godine osiguranja.

(3) Ako Ugovaratelj osiguranja ne otkáže Ugovor o osiguranju u roku iz stavka 2. ovog članka, Ugovor o osiguranju se početkom sljedeće osigurateljne godine mijenja i nastavlja u skladu s izvršenim promjenama u Uvjetima osiguranja ili u Premijskom sustavu.

### **X. PRESTANAK I RASKID UGOVORA**

#### **Članak 11.**

(1) Osiguranje prestaje:

- kad nastupi smrt Osiguranika;
- kad prestane postojati zakonska osnova za osiguranje;

- kada je raskinut Ugovor o osiguranju;
- istekom Ugovora o osiguranju.

(2) Ugovaratelj osiguranja može raskinuti Ugovor o osiguranju ako Ugovor o osiguranju nije prestao po kojem drugom temelju. Raskid se daje pisanim putem najkasnije trideset (30) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine te osiguranje prestaje s istekom osigurateljne godine.

(3) Osiguratelj može raskinuti Ugovor o osiguranju pisanim putem ako Ugovor o osiguranju nije prestao po kojem drugom temelju, najkasnije devedeset (90) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine.

(4) U slučaju prestanka Ugovora o osiguranju prije isteka osigurateljne godine, pri čemu je za vrijeme trajanja osigurateljne godine nastupio osigurani slučaj (po osnovnom ili pridruženom programu), Osiguratelj ima pravo na naplatu premije osiguranja ugovorena za tekuću osigurateljnu godinu u cijelosti.

(5) U slučaju prestanka Ugovora o osiguranju prije isteka osigurateljne godine, pri čemu za vrijeme trajanja osigurateljne godine nije nastupio osigurani slučaj, odnosno u slučaju prestanka Ugovora o osiguranju iz stavka 1. točka 1. i 2. ovog članka, Osiguratelj ima pravo zadržati i naplatiti premiju do dana raskida Ugovora o osiguranju.

(6) U slučaju prestanka Ugovora o osiguranju za vrijeme ili na kraju prve osigurateljne godine, a Osiguranik je u prvoj osigurateljnoj godini iskoristio uslugu sistematskog pregleda koja se prema posebnim uvjetima može koristiti jedanput u tijeku osigurateljnog razdoblja od dvije godine, Osiguratelj ima pravo na uvećanje godišnje premije iz stavka 4. ovog članka za 30%.

(7) Kada je Ugovaratelj osiguranja, zatražio raskid Ugovora o osiguranju, kada je Ugovor raskinut na zahtjev Osiguratelja ili je prestao po sili Zakona, Ugovaratelj osiguranja, odnosno Osiguranik, dužan je Osiguratelju vratiti Iskaznicu najkasnije do dana raskida Ugovora o osiguranju.

### **XI. KLAUZULA O SANKCIJAMA**

#### **Članak 12.**

Osiguratelj (reosiguratelj) neće smjeti pružiti pokriće i neće imati odgovornost platiti bilo koji odštetni zahtjev ili pružiti bilo kakvu korist prema ovom Ugovoru u onoj mjeri u kojoj bi pružanje takvog pokrića, plaćanja takvog zahtjeva ili pružanje takve koristi izložilo osiguratelja (reosiguratelja) bilo kojoj sankciji, zabrani ili ograničavanju u skladu s odlukama Ujedinjenih naroda ili trgovinskim ili gospodarskim sankcijama, zakonima ili propisima Europske unije, (lokalnim sankcijama države) ili Sjedinjenih Američkih Država (pod uvjetom da to ne krši bilo koji propis ili specifično nacionalno pravo primjenjivo na osiguratelja ili reosiguratelja iz ovog Ugovora.

### **XII. MJERODAVNO PRAVO**

#### **Članak 13.**

Na Ugovor o osiguranju i sve sporove koji proizađu iz Ugovora o osiguranju primjenjuje se kao mjerodavno pravo Republike Hrvatske.

### **XII. ZAVRŠNE ODREDBE**

#### **Članak 14.**

(1) Za odnose između Osiguratelja, Osiguranika i Ugovaratelja osiguranja te ostalih osoba kojih se tiče, a nisu regulirani ovim Uvjetima ni Ugovorom o osiguranju, primijenit će se odredbe Zakona o obveznim odnosima ili odredbe mjerodavnog prava koje se primjenjuje na Ugovor o osiguranju sukladno članku 13. ovih Uvjeta.

(2) Ovi Uvjeti primjenjuju se od 15. ožujka 2019. godine.