

1. članak: OPĆE ODREDBE

- (1) Opći uvjeti za dragovoljno zdravstveno osiguranje osoba za vrijeme puta i boravka u inozemstvu (u daljem tekstu: opći uvjeti) su sastavni dio ugovora o osiguranju, sklopljenog između ugovaratelja osiguranja i "Triglav osiguranja d.d., Zagreb" (u daljem tekstu: osiguravatelj).
- (2) Osoba koja s osiguravateljem sklopi ugovor o dragovoljnom zdravstvenom osiguranju osoba za vrijeme puta i boravka u inozemstvu naziva se ugovaratelj (a može biti fizička ili pravna osoba), dok je osoba za čijem liječenju ovisi isplata svote osiguranja i u čiju korist je sklopljeno osiguranje, osiguranik.
- (3) Ugovorom o dragovoljnom zdravstvenom osiguranju osoba za vrijeme puta i boravka u inozemstvu, ugovaratelj se obvezuje da će osiguravatelju platiti određeni novčani iznos (premiju), dok se osiguravatelj obvezuje da će nastavkom osiguranog slučaja, osiguraniku nadoknaditi nužne dokazane troškove liječenja kao i troškove prijevoza, ali najviše do ugovorene svote osiguranja.

2. članak: PREDMET I OPSEG OSIGURANJA

- (1) Osiguravateljno pokrće obuhvaća nužne troškove liječenja kao i troškove transporta zbog nepredviđenih bolesti ili posljedica nesretnog slučaja, odnosno nezgode, koje se pojave ili nastanu na putu ili za vrijeme boravka u inozemstvu.
- (2) Ugovor o osiguranju započinje početkom liječenja i završava u trenutku kada, s medicinske strane gledišta, liječenje više nije potrebno.
- (3) Ukoliko se liječenje odnosi na bolest ili posljedice nesretnog slučaja, koje s prethodnim nisu u uzročnoj vezi, osiguravatelj će to smatrati novim osiguranim slučajem.

3. članak: SKLAPANJE OSIGURANJA

- (1) Osiguranje se sklapa prije početka putovanja. Osiguranje sklopljeno nakon početka putovanja nije važeće.
- (2) Ugovor o osiguranju je sklopljen kad je ponuda o osiguranju prihvaćena.

4. članak: POČETAK I TRAJANJE OSIGURAVATELJNOG POKRIĆA

- (1) Osiguravateljno obveza počinje u 00:00h onog dana koji je označen u polici kao početak osiguranja, ukoliko je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja. Ukoliko premija osiguranja do tada nije plaćena, osiguravateljno obveza počinje u 00:00h sljedećeg dana kada je ista plaćena.
- (2) Osiguravateljno pokrće prestaje u 24:00h onog dana koji je u polici naveden kao kraj osiguranja.
- (3) Osiguravateljno pokrće ni u kom slučaju ne vrijedi u Republici Hrvatskoj.

5. članak: PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

- (1) Ugovaratelj je dužan platiti premiju osiguranja odmah kod prijema police osiguranja.
- (2) Premija osiguranja obračunava se u EUR, a plaća se u kunama po srednjem tečaju Hrvatske narodne banke na dan plaćanja premije.
- (3) Ako se premija uplaćuje preko banke, pošte ili FINA-e, smatra se da je osiguravatelju uplaćena u 24:00h onog dana kada je uplata potvrđena u banci, pošti ili FINA-i.

6. članak: OBAVEZE OSIGURAVATELJA

- (1) Osiguravatelj nadoknađuje osiguraniku neophodne troškove liječenja i prijevoza koji su nastali za vrijeme njegovog putovanja i boravka u inozemstvu - osim u slučajevima navedenim u članku 7. ovih uvjeta.
- (2) Troškovima neophodnog liječenja u smislu ovih uvjeta smatraju se isključivo troškovi:

- a) medicinskog tretmana;
 - b) lijekova i zavoja propisanih po preporuci liječnika;
 - c) medicinskih pomagala neophodnih za liječenje (npr. gips, ortopedska pomagala, zavoji, štake) po preporuci liječnika;
 - d) za toplote terapije, terapije zračenjem i druge fizikalne terapije prepisane po preporuci liječnika;
 - e) rendgenske dijagnostike;
 - f) ambulantnog pružanja medicinskih usluga ukoliko ambulanta raspoložbe dijagnostičkom i terapijskom opremom i radi po metodama koje su znanstveno priznate i klinički ispitane u državi privremenog boravka osiguranika. Osiguranik se mora uputiti u bolnicu u mjestu njegovog privremenog boravka ili u najbližu odgovarajuću bolnicu;
 - g) medicinskog nužnog prijevoza do bolnice;
 - h) operacije (uključujući troškove u svezi s operacijom);
 - i) hitne stomatološke intervencije potrebne za otklanjanje akutnih bolova zbog bolesti ili oštećenja zuba, uključujući i vađenje zuba i jednostavne popravke proteza, ali ne i izradu nadomjesnih zuba ili krunica.
- (3) Troškovima prijevoza u smislu ovih uvjeta smatraju se isključivo:

- a) povećani troškovi prijevoza osiguranika u zemlju stalnog boravka, sukladno preporuci liječnika, ako u mjestu njegovog privremenog boravka ili u najbližoj okolici ne postoji mogućnost pružanja adekvatne medicinske njege, a to može utjecati na pogoršanje zdravlja pacijenta. Uz to, također se priznaju i dodatni povećani troškovi za osobu u pratnji osiguranika, ukoliko je potrebna medicinska pratnja ili je propisana zakonom;
 - b) u slučaju smrti - povećani nužni troškovi transporta u zemlju stalnog boravka ili nužni troškovi vezani uz pogreb u inozemstvu, ali ne više od iznosa ugovorenog i navedenog u polici osiguranja.
- Povećani troškovi, u smislu gore navedenih odredbi, su:
- u slučaju prijevoza pacijenta u zemlju stalnog boravka koji su nastali naknadno zbog ostvarivanja osiguranog slučaja na povratku u zemlju stalnog boravka;
 - u slučaju smrti, troškovi koji prelaze iznos troškova koji bi nastali da je osiguranik umro u zemlji stalnog boravka.
- (4) Maksimalno osiguravateljno pokrće za pojedinačno putovanje određeno je svotom osiguranja navedenoj na polici osiguranja.

7. članak: ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVATELJA

- Osiguravatelj nema obvezu nadoknaditi troškove liječenja i troškove prijevoza koji su nastale zbog:
- a) kroničnih bolesti i njihovih posljedica koje su nastale i bile poznate na početku osiguranja, čak i ako nisu bile liječene, kao i bolesti i njihove posljedice koje su bile liječene tijekom zadnja tri mjeseca prije početka osiguranja, izuzev u slučaju nepredviđene liječničke pomoći za sprečavanje akutne životne opasnosti ili, izuzetno, za smanjenje akutnih bolova. Ista isključenja vrijede i za posljedice nesretnog slučaja;
 - b) bolesti i nesretni slučaj koji je posljedica aktivnog sudjelovanja osiguranika u ratnim događajima ili pobunama;
 - c) bolesti i nesretni slučaj koji osiguranik zadobije, odnosno pretrpi aktivno sudjelujući u sportskim natjecanjima ili pripremama koje organiziraju sportski savezi ili društva osim ako je to izričito ugovoreno i ako je plaćena odgovarajuća viša premija;
 - d) bolesti i nesretni slučaj koji je posljedica aktivnog sudjelovanja osiguranika u kaznenim djelima ili ako su posljedica uživanja alkohola ili droga;
 - e) odstranjenja estetskih grešaka ili tjelesnih anomalija, preventivnog cijepjenja, dezinfekcije, liječničke dijagnostike i testiranja;
 - f) troškovi nastali za vrijeme boravka u toplicama, rehabilitacijskim centrima, sanatorijima, zdravstvenim centrima i domovima ili sličnim ustanovama za oporavak;
 - g) troškovi psihoanalitičkih i psihoterapeutskih tretmana;
 - h) troškovi vezani uz trudnoću, porođaj i njegove posljedice, izuzev u slučaju akutnog, nenormalnog tijeka trudnoće i njenih posljedica, kada osiguravatelj pokriva troškove liječenja i medicinskih mjera za neposredno otklanjanje opasnosti po život majke ili djeteta, pod uvjetom da trudnoća kod nastanka akutne komplikacije nije navršila 36 godina života, ni trideset tjedana trudnoće;
 - i) medicinske pomoći kod tegoba tipičnih za trudnoću i njene posljedice, uključujući i promjenu kroničnih tegoba koje su posljedica trudnoće;
 - j) praćenja ili troškova prekida trudnoće;
 - k) njege, pružene od strane osiguranikovog partnera, djece ili roditelja, osim dokazanih materijalnih troškova;
 - l) rehabilitacije i proteza;
 - m) zbrinjavanja koje nije navedeno u članku 6. ovih uvjeta.

8. članak: OBAVEZE OSIGURANIKA ODNOSNO UGOVORATELJA

- (1) Odštetni zahtjev mora se predati osiguravatelju u roku od tri mjeseca po završetku liječenja, odnosno po prijevozu u zemlju stalnog boravka ili u slučaju smrti, nakon prijevoza posmrtnih ostataka.
- (2) Ugovaratelj osiguranja, osiguranik odnosno korisnik će na zahtjev osiguravatelja dostaviti sve potrebne podatke za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja ili opsega odgovornosti osiguranja za isplatu naknade, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inozemstvo.
- (3) Ugovaratelj osiguranja i osiguranici ovlaštavaju osiguravatelja da prikupi sve potrebne podatke od trećih osoba (liječnika, stomatologa, medicinskih radnika, medicinskih zavoda svih vrsta, zavoda za zdravstveno osiguranje, zdravstvenih i socijalnih službi).

9. članak: ISPLATA NAKNADE ŠTETE

- (1) Osiguravatelj je dužan ispuniti svoju obvezu kada su pored dokaza o osiguravateljnog pokrću priloženi i dokazi navedeni u točkama od (2) do (5) ovog članka.
- (2) Osiguravatelju je potrebno dostaviti originalne račune o nastalim troškovima. Ukoliko korisnik izruči duplikate računa, mora ih ovjeriti u ustanovi koja je izdala originalne račune.

- (3) Na računima mora biti upisano ime osiguranika, opis bolesti, pojedinačno navedeni medicinski tretmani s podacima o liječenju; na računu za lijekove mora biti jasno vidljiv propisani lijek, cijena i pečat ljekarne. Za stomatološke tretmane, računi trebaju sadržavati opis liječenih zuba i izvršenih intervencija na njima.
- (4) Zahtjev za naknadu troškova transporta ili pogreba mora biti utemeljen na računima, kao i urednoj smrtovnici i liječničkoj potvrdi o uzroku smrti. Zahtjev za naknadu troškova prijevoza bolesnika u zemlju stalnog boravka mora biti utemeljen na računima i liječničkoj potvrdi s opisom bolesti koji se prilažu zahtjevu. Liječnička potvrda pored toga mora sadržavati dokaz da je povratak, s medicinskog stajališta, bio nužan.
- (5) Osiguravatelj isplaćuje naknadu štete osiguraniku kojem se dogodio osiguran slučaj. U slučaju smrti osiguranika, naknada se isplaćuje zakonskim nasljednicima.
- (6) Ako je osiguranik prilikom sklapanja osiguranja dao lažne podatke o svojim godinama i njegova starost prelazi 65 godina, ugovorena svota osiguranja se smanjuje proporcionalno odnosu plaćene premije i premije koja odgovara stvarnoj starosti osiguranika.
- (7) Naknada štete se obračunava i isplaćuje u kunskoj protuvrijednosti po srednjem tečaju Hrvatske narodne banke koji vrijedi na dan isplate.

10. članak: PREDMET I OPSEG OSIGURAVATELJNOG POKRIĆA

- (1) Osiguravateljno pokrće prestaje:
 - istekom valjanosti police ili
 - povratkom u zemlju stalnog boravka ili
 - prijevozom u smislu odredbi pod člankom 6. stavak 3. točka a)
- (2) Prelazak državne granice Republike Hrvatske smatra se završetkom boravka u inozemstvu.
- (3) Ukoliko se liječenje bez prekida nastavlja i po isteku valjanosti police osiguranja, osiguranjem su pokriveni i troškovi tog liječenja, ali ne više od 4 (četiri) tjedna i pod uvjetom da oboljelog osiguranika nije bilo moguće transportirati u zemlju stalnog boravka ili ako povratak oduži zbog uzroka na koje osiguranik nije mogao utjecati.

11. članak: USTUPANJE PRAVA I PORAVNANJE ODŠTETNOG ZAHTEVA

- (1) Ukoliko ugovaratelj ili osiguranik prema trećim osobama istakne odštetne zahtjeve koji nisu osiguravateljno-pravne prirode, mora te zahtjeve pismenim putem ustupiti osiguravatelju do visine isplaćene naknade iz osiguranja.
- (2) Ukoliko ugovaratelj ili osiguranik odustane od takvih zahtjeva, ili od prava za podnošenjem odštetnog zahtjeva bez suglasnosti osiguravatelja, gubi pravo na odgovarajuću svotu osiguranja.
- (3) Ukoliko ugovaratelj ili osiguranik primi odštetu od osobe odgovorne za štetu, osiguravatelj ima pravo da za taj iznos umanji naknadu iz osiguranja.
- (4) Ugovaratelj ili osiguranik ne može založiti ni ustupiti potraživanje prema osiguravatelju.

12. članak: ČUVANJE OSOBNIH PODATAKA

- (1) Ugovaratelj odnosno osiguranici potpisom police sukladno Zakonu o zaštiti osobnih podataka dozvoljavaju da se osobni podaci iz ponude, police ili pristupne izjave koriste u bazi podataka koju će sačiniti, voditi i održavati osiguravatelj i s njom kapitalom povezana i ovlaštena poduzeća za zastupanje i posredovanje u osiguranju.
- (2) Navedeni osobni podaci će se koristiti samo u vremenu dok traje osiguranje, a u svrhu obavještanja ugovaratelja i osiguranika o novostima i ponudama osiguravatelja kao i u svrhu ispunjavanja zakonskih obveza.
- (3) Osiguravatelj se obvezuje da će zdravstvene podatke, kao i sve druge osobne podatke, brižno čuvati sukladno Zakonu o zaštiti osobnih podataka, Zakonu o osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.

13. članak: IZVANSUDSKO RJEŠAVANJE SPOROVA

- (1) Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju zaključenom prema ovim uvjetima, prvenstveno će sve svoje eventualne sporove sa osiguravateljem, koji proizlaze ili su u vezi sa predmetnim ugovorom o osiguranju, nastojati riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka osiguravatelja o izvansudskom rješavanju sporova.
- (2) Ugovaratelj osiguranja, osiguranik, te korisnik osiguranja suglasni su da će o svim spornim stvarima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa s osiguranjem izvjestiti osiguravatelja bez odgađanja. Obavijesti iz ovog stavka strane dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti, potpis podnosioca obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.
- (3) Osiguravatelj će zaprimljeni prigovor iz stavka 2. ovog članka uputiti nadležnom tijelu osiguravatelja koje se sastoji od dva člana od kojih je najmanje jedan diplomirani pravnik. Osiguravatelj je dužan dostaviti pisani odgovor po prigovoru najkasnije u roku 15 dana od dana zaprimanja prigovora.
- (4) Svi sporovi koji proizlaze iz ovog ugovora ili u svezi s njime, uključujući i sporove koji se odnose na pitanje njegovog valjanog nastanka, povrede ili prestanka kao i na pravne učinke koji iz tog proizlaze, nakon postupka iz stavka 3. ovog članka uvjeta, uputiti će se na mirenje pred jednom od organizacija za mirenje u RH. Ukoliko ti sporovi ne budu riješeni miranjem, stranke neće imati obveze prema ovoj odredbi.

14. članak: NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

- (1) U slučaju spora između ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika i osiguravatelja, nadležan je stvarno nadležni sud prema mjestu sklapanja ugovora o osiguranju.

15. članak: KLAUZULA O OBAVIJEŠTENOSTI UGOVORATELJA OSIGURANJA

- (1) Sukladno odredbi članka 89. Zakona o osiguranju (N.N. br. 151/05) Triglav osiguranje d.d. kao osiguratelj prije ugovaranja osiguranja obavještava ugovaratelja osiguranja o sljedećim podacima:

- (1) Tvrtka osiguratelj glasi: Triglav osiguranje dioničko društvo za osiguranje, sa sjedištem u Ulici Republike Austrije 1, 10000 Zagreb;
- (2) Uvjeti pod kojima se zaključuju ovo osiguranje navedeni su u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja, čiji je sastavni dio ova Klauzula o obavještenosti ugovaratelja osiguranja (dalje: Klauzula). Mjerodavno pravo utvrđeno je Ponudom/Policom osiguranja i pripadajućim uvjetima osiguranja, čiji je sastavni dio ova Klauzula;
- (3) Vrijeme trajanja ugovora o osiguranju navedeno je u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja, čiji je sastavni dio ova Klauzula;
- (4) Pravila i uvjeti za odstupanje od ugovora navedeni su u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja, čiji je sastavni dio ova Klauzula;
- (5) Visina premije osiguranja i način plaćanja navedeni su u priloženoj Ponudi/Polici osiguranja. Sukladno odredbi članka 11. Zakona o porezu na dodanu vrijednost PDV se ne obračunava;
- (6) Pisana ponuda uručena osiguravatelju za sklapanje ugovora o osiguranju veže ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od osam dana otkad je ponuda prispjela osiguravatelju;
- (7) Ponuditelj ima pravo opoziva ponude u roku iz prethodne točke. Ako osiguratelj u roku iz prethodne točke ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uvjeta za predloženo osiguranje, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen;
- (8) Rješavanje sporova
 - 1) Strane su obvezne sve sporove proizašle iz odnosa osiguranja rješavati mirnim putem,
 - 2) Ugovaratelj osiguranja, osiguranik, te korisnik osiguranja obvezni su o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa osiguranja bez odgađanja izvjestiti osiguravatelja,
 - 3) Obavijesti iz podtočke 2. ove točke Klauzule, podnositelji dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti, potpis podnosioca obavijesti i vrijeme slanja obavijesti,
 - 4) Osiguratelj će zaprimljeni prigovor iz podtočke 2. ove točke uputiti drugostupanskoj komisiji. Drugostupanska komisija osiguravatelja sastoji se od dva (2) člana, od kojih je najmanje jedan (1) diplomirani pravnik. Odgovor drugostupanske komisije dostavlja se podnosiocu prigovora u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od osam dana od dana zaprimanja prigovora,
 - 5) Svi sporovi koji proizlaze iz odnosa osiguranja ili u vezi s njim, uključujući i sporove koji se odnose na pitanje njegovog valjanog nastanka, povrede ili prestanka, kao i na pravne učinke koji iz toga proistječu, uputiti će se na mirenje pred jednom od organizacija za mirenje u Republici Hrvatskoj (primjerice, ali ne isključivo, pri Hrvatskoj gospodarskoj komori u Zagrebu ili Hrvatskoj udruzi poslodavaca). Ako ti sporovi ne budu riješeni miranjem u roku od 60 (šezdeset) dana od dana podnošenja prijedloga za pokretanje postupka mirjenja ili u drugom roku o kojem se stranke dogovore, stranke su ovlaštene pokrenuti sudski postupak,
 - 6) U slučaju da se unatoč nastojanju sporazumnog rješavanja spora sukladno gornjem opisu obveznog postupanja ne uspije postići mirno rješenje spora, se za sudske sporove ugovara mjesna nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu.
 - (9) Nadzorno tijelo nadležno za nadzor društava za osiguranje je Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga, Miramarska 24b, 10000 Zagreb.

16. članak: ZAKLUČNE ODREDBE

- (1) Za odnose između osiguravatelja i ugovaratelja, koji nisu uređeni ovim općim uvjetima, primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim odnosima (NN 35/05) i ostale važeće zakonske odredbe.

Art. 1 GENERAL PROVISIONS

- (1) General conditions for voluntary travel health insurance with assistance during travel or staying abroad (hereinafter referred to as general conditions), are constituent part of the insurance contract made between the Policy holder and the Triglav osiguranje Ltd, Zagreb (hereinafter: Insurer)
- (2) The person who enters into a contract with the Insurance Company on voluntary health insurance covering a traveling abroad is called the Policy Holder (an could be per natural person and legal person), and the person of whose health treatment the payment of the sum insured depends and in whose favor the insurance has been concluded is called the Insured.
- (3) By entering into the contract on life insurance covering the period when traveling abroad the Policy Holder consents to pay to the Insurance Company the stipulated amount of money (Premium) whereas the Insurance Company undertakes to reimburse to the Insured the approved costs of medical treatment needed and transport costs, not exceeding the sum insured, should a case incidence covered by this insurance policy arise.

Art. 2 SUBJECT AND SCOPE OF INSURANCE

- (1) The insurance cover comprises the costs of medical treatment needed and transport costs due to a disease unforeseen or consequences of misadventure or accident occurred or commenced during traveling or staying abroad.
- (2) The case insured starts at commencement of the medical treatment and terminates when the treating physician declares further treatment not needed any longer.
- (3) If the medical treatment is related to a disease or accident consequences that are not caused by previous diseases or accidents the Insurance Company regards this as a new case.

Art. 3 CONCLUSION OF INSURANCE AGREEMENT

- (1) The Insurance must be concluded prior to the starting date of the journey. The insurance contract made after the journey has started is not valid.
- (2) The insurance is concluded when the Insurance Company or its authorized representative issues a confirmed insurance policy.

Art. 4 START AND DURATION OF THE INSURANCE COVER

- (1) The insurance cover starts at 00:00 hours of the day stated in the insurance policy, as the insurance commencement day, provided the insurance premium has been paid by then. If the insurance premium is not paid by then the insurance cover starts at 00:00 hours of the day following the payment.
- (2) The insurance cover ceases at 24:00 hours of the day stated as the termination day in the insurance policy.
- (3) The insurance cover shall under no circumstances apply in the Republic of Croatia.

Art. 5 PAYMENT OF THE INSURANCE PREMIUM

- (1) The policy holder is obliged to pay the insurance premium immediately after receipt of the insurance policy.
- (2) Insurance premium is calculated in euros and the premium is payable in kunas, under the mean rate of Croatian national bank, on the day of payment.
- (3) If the premium is remitted through post office, bank or a FINA it is agreed that it is paid to the Insurance Company at 24:00 hours of the day when the remittance has been confirmed by the post office, bank or by the FINA.

Art. 6 OBLIGATIONS OF THE INSURANCE COMPANY

- (1) The Insurance Company indemnifies - except in cases as stated in Art. 7 of these conditions - for the costs of the medical treatment needed and transport costs sustained by the Insured during the journey abroad.
- (2) As costs of the medical treatment needed according to these conditions apply exclusively the costs of:
 - a) medical treatment;
 - b) medicines and bandages subscribed by the doctor;
 - c) medical aids for cure needed (for example plaster, supporters, bandages, crutches) if subscribed by the doctor;
 - d) thermal therapies, radiation and other physical therapies if subscribed by the doctor;
 - e) X - ray diagnostics;
 - f) clinical services if the dispensary disposes with sufficient diagnostic and therapeutic facilities and operates according to methods scientifically acknowledged and clinically tested in the country of temporary stay. The Insured must refer to the hospital in the place of his temporary stay or to the closest hospital as appropriate;
 - g) transport to hospital;
 - h) operations (including indirect costs of operation);
 - i) urgent dental interventions needed for healing acute pain due to dental disease or damage of teeth including tooth extraction and simple repair of teeth prosthesis excluding finishing of spare teeth or tooth crowns.
- (3) As transport costs according to these conditions apply exclusively:
 - a) increased transport costs of the Insured to the homeland when transport ordered by the doctor in case there is no possibility of sufficient medical care in the place visited or in the close neighborhood, and this could affect and worsen the patient's health. Apart from that, also additional increased cost for the companion shall be refunded if the medical escort is needed or prescribed by Law;
 - b) in case of death - increased transport costs needed to the home place or urgent increased costs of burial in the foreign country, however not exceeding the sum as stipulated in the insurance policy.The increased costs according to the provisions as above are:
 - in case of transport of the patient into his homeland, the costs that followed additionally because of occurrence of the case insured at returning home;
 - in the event of death, the costs exceeding the costs that would incur due to the Insured's death at home;
- (4) The maximum liability of the Insurance Company per individual trip/journey is determined by the sum insured in the insurance policy.

Art. 7 EXCLUSIONS FROM THE INSURANCE COVER

- The Insurance Company does not cover the costs of medical treatment and transport costs due to:
- a) chronic disease and consequences that started and were known at commencement of the insurance cover although not treated, as well as the diseases medicated during the last 3 months prior to commencement of the insurance cover including their consequences, except in case of an unforeseen medical assistance to prevent an acute vital danger or exclusively, in case of measures for fighting acute pains. The same exclusions apply for accident consequences;
 - b) diseases and accidents sustained by the Insured as result of war events and in active participation in riots;
 - c) diseases and accidents sustained by the Insured during the period of active sport competitions or preparations organized by sport associations or clubs except it has been explicitly agreed upon and a proportionally higher premium has been paid;
 - d) diseases and accidents sustained by the Insured when committing a criminal offence, or if deliberately caused by him or if they are a result of drunkenness or drug affection;
 - e) removal of aesthetic defects and bodily anomalies, preventive vaccinations, disinfecting, medical diagnosis, and tests;
 - f) costs incurred during the stay in spas, health resorts, sanatoriums, rehabilitation centers, health institutions and homes or similar institutions for the sake of health rehabilitation;
 - g) costs of psychoanalytical or psychotherapeutically treatment;
 - h) costs in connection with pregnancy, birth and its consequences except in acute, abnormal course of pregnancy and its consequences when the Insurance Company covers the costs of medical measures for direct elimination of danger for life of mother or child if the pregnant woman has not completed 36 years of age at the start of the acute complication, and if the 30th week of pregnancy has not been completed yet;
 - i) medical assistance in troubles typical for the pregnancy and its consequences including the change of chronic troubles as a result of pregnancy;
 - j) pregnancy monitoring or abortion costs;
 - k) care rendered by the Insured's partner, children or parents, except the costs of material as approved;
 - l) rehabilitation and prosthesis;
 - m) care not defined in Art. 6 of these conditions.

Art. 8 THE INSURED OR THE POLICY HOLDER LIABILITIES

- (1) Liability claim arising from the insurance case occurrence must be put forward within three months following the terminated medical treatment or transport to the homeland respectively or in the event of death;
- (2) The policy holder and the Insureds are obliged to give to the Insurance Company at its request all the information needed for the insurance case assessment or for determination of the insurance cover scope, including the proof about the beginning of the travel abroad.
- (3) The policy holder and the Insureds authorize the Insurance Company for gathering all information needed by it from third persons (doctors, dentists, medical workers, medical institutions of all sorts, institutions of health insurance, health or care administrations).

Art. 9 PAYMENT OF THE SUM INSURED

- (1) The Insurance Company is obliged to fulfill its obligation only provided besides the evidence of the insurance cover also the requested evidence as stated in paragraphs from (2) to (5) of this Article have been presented.
- (2) The original invoices/bills with respect to the costs incurred must be presented to the Insurance Company. If the entitled person to collect the sum insured presents duplicates of bills the same must be certified by the institution being in possession of the originals.

- (3) The bills must comprise the Insured's name, description of the disease, list of individual medical services with treatment details. The bill for the medicine must clearly state the title of the medicine prescribed, its price and stamp of the pharmacy store. In dental treatment, the bills must comprise a description of the teeth treated and dentist's operations made on them.
- (4) The claim for payment of transport or funeral costs must be supported by bills and an official death certificate and medical certificate/report on the cause of death, whereas the claim for refund of the patient's transport to the homeland must base on presentation of the bills and medical certificate with a description of the disease. Besides that, the medical certificate must prove the medical necessity of the return transport.
- (5) The Insurance Company shall pay the insured sum to the Insured related to the case insured occurred to him. In the event of death of any of the persons stated the Insurance Company shall pay the sum insured to his heirs.
- (6) If, while concluding the Insurance Contract, the Insured gave a false information about his age, and his real age is over 65 years, the sum insured shall be diminished in proportion to the premium agreed and the premium to be paid if the real age of the Insured has been stated.
- (7) Damages are calculated and reimbursed in equivalent value of kuna, under the mean rate of the Croatian national bank, valid on the day of the payment.

Art. 10 TERMINATION OF INSURANCE COVER

- (1) The insurance cover terminates:
 - at expiration of the insurance policy validity or
 - at return to the homeland or
 - at transport according to provision of point a) paragraph (3) of Art. 6.
- (2) Crossing of the border of the Republic of Croatia stands for the termination of stay abroad.
- (3) Should the medical treatment continue without interruptions even after expiration of the insurance policy validity the Insurance Company shall offer the insurance cover covering also the costs of this treatment not longer than 4 weeks at the most and under the condition that the sick person insured could not be transported home or the return trip was postponed due to the reasons beyond the power of influence of the Insured.

Art. 11 ASSIGNMENT AND COMPENSATION OF CLAIMS

- (1) Should the policy holder or the insurer assert indemnity claims to third persons that are not subject to the insurance contract he must assign these claims in writing to the Insurance Company in the amount of the sum insured paid.
- (2) Should the policy holder or the Insured waive such a claim - or his right of claim assurance - without the Insurance Company's consent, he loses the right of claiming the proportional part of the sum insured.
- (3) Should the policy holder or the Insured be indemnified by the person responsible for the damage, the Insurance Company is entitled to deduct the sum of this indemnity from the sum insured.
- (4) The policy holder or the Insured may neither pawn nor assign his claims to the Insurance Company.

Art. 12 PROTECTION OF PERSONAL DATA

- (1) In line with the Personal Data Protection Act, the Policyholder authorizes the use of personal data from the Application and the Enrolment Form in the database that is established, administered and maintained by the Insurance Company and its associated companies and companies authorized by it for agency and brokerage services.
- (2) Such personal data will only be used during the term of insurance for the purpose of informing the Policyholder about the Insurance Company's new offers and insurance news as well as for the purpose of legal obligations.
- (3) The Insurance Company undertakes to protect all medical and other personal data with due diligence and in compliance with Personal data protection law. Insurance law, Health insurance law.

Art. 13 OUT - OF - COURT SETTLEMENT OF DISPUTES

- (1) Every party that look for their legal interest in the contracts of insurance concluded under these Terms, will primarily all of their disputes with the insurer, which rise from or are connected with the contract concerned, try to sort out with an agreement, according to rules of operations of the insurer about the out-of-court resolving of disputes.
- (2) Policy holder and the insured person are agreed that, of all the disputable issues, objections and misunderstandings that rise from relations with the insurance, will notify the insurer without delays. Notifications from this section the parties bring in the written form, from which with certainty can be determined the core of the notifications, the signatures of the bearers, and the time of sending the notifications.
- (3) The insurer will transfer any coming objection from the article 2. to the legislative body of the insurer that forms from 2 members, one of which should be justice and home affairs degree. The insurer is obliged to issue a written answer according to objection not later than in 15 days time since the day of coming of objection.
- (4) All disputes that rise out of this contract or concerning it, including the disputes that matter on issue of its legal making, violation, or stopping, as also the legal consequences that rise from it, after the procedure in article 3. of these Terms, will be sent to peace process, in some of the peace processes organizations in the Republic of Croatia. If those disputes could not be solved with any peace process, the parties will not have any commitments according to this Term.

Art. 14 Jurisdiction in case of dispute

In case of dispute between the insurance holder or the insured and the insurer, the jurisdiction has the legislative court according to the place of making contract of insurance.

Art. 15 Clause of informing the insurance holder

According to the rule in article 89. of the insurance law (Narodne Novine nr.151/05), Triglav osiguranje d.d. as a insurer, prior to making a contract of insurance informs the insurance holder about the next data:

- (1) The insurer company is named: Triglav Osiguranje dioničko društvo za osiguranje, with the adress Republike Austrije 1, 10000 Zagreb.
- (2) The terms by which this insurance has been concluded are stated also in attached offer/policy of insurance whose part is this clause of informing the insurance holder (further: clause). The ruling rights is determined by the offer/policy of insurance and the belonging terms of insurance, whose part is also this clause.
- (3) The period of lasting of the insurance is stated in the attached offer/policy of insurance, whose part is this clause.
- (4) The rules and terms for laying off the contact are stated in the attached offer /policy of insurance, whose part is this clause.
- (5) The premium amount and the payment order are stated in the attached offer/policy of insurance. According to the rule in article 11 of Value Add Tax Law, VAT is not calculated.
- (6) Written offer done to the insurer for making insurance contract bounds the offer maker, if it is not set in shorter term, for at least eight days since the offer had come to the insurer.
- (7) The maker of the offer keeps the right to recall the offer by the terms from the previous statement. If the insurer in terms from the previous statement does not reject the offer which does not also backs from the suggested terms and conditions for insurance contract, it will be considered as a sign of acceptance of the insurer and that the insurance contract has been made.
- (8) Settling the disputes
 - 1) The parties are obliged all disputes made from insurance contracting to solve primarily in peaceful manner.
 - 2) The insurance holder, the insured, or insurance beneficiary are obliged about all doubtful issues, complaints and misunderstandings which arise from insurance contracting without delay to inform the insurer.
 - 3) Notifications from subclause 2. of this clause in the clause, the bearers make in the written form, from which with certainty can be determined the content of notifications, the signature of the bearer and the time of notification issue.
 - 4) The insurer will send the holding objection from the subclause 2. of this clause to the second - degree commission. The second - degree commission of insurers consists of 2 (two) members, from which one holds Law degree. The answer from the second - degree commission is sent to the bearer of the objection in written form without delay, and at latest in eight days time since the hold of the objection.
 - 5) All disputes that arise from insurance contracting or connected to it, including the disputes about the issue of its valid making, violation or breaking, as well as legal consequences of these issues will be sent to peace making process to one of the peace processing organizations in the Republic of Croatia (for instance, but not primarily, Croatian Chamber of Commerce in Zagreb, or Croatian Employer's Committee). If these disputes are not solved with peace making in 60 days time since the day of putting the proposal for peace process or some other term arranged by the parties, the parties are authorized to go for a court settling.
 - 6) In case that besides efforts for dealing solvency of dispute according to the prior description, it is not able to make a deal for peaceful solvency of dispute, for court cases it is arranged to authorize the local court in Zagreb.
 - 7) The supervising body in charge for supervising insurance companies is Croatian Agency for Supervision of Financial Services (HANFA), Miramarska 24b, 10000 Zagreb.

Art. 16 FINAL PROVISIONS

The relations who are not arranged by the General conditions, between insurer and contractor, the rules from Law on obligatory relations and other valid legal regulations will be applied.