



NEZAVISNI SINDIKAT DJELATNIKA
MINISTARSTVA UNUTARNJIH POSLOVA
BROJ: 511-R/028-2023.
ZAGREB, 11. svibnja 2023. godine


UNIQA
osiguranje
- ČLANOVIMA NSD MUP-a-
- POVJERENICIMA-
- SVIMA –

UNIQA OSIGURANJE – produženje važenja Police osiguranja

Poštovani,

Zbog nemogućnosti kontaktiranja osiguranika (promjena kontaktnih podataka i brojeva telefona/mobitela) obaviješteni smo o slijedećem:

„ukoliko sami ne otkazete daljnje produženje Police, najkasnije 10 dana prije isteka važenja aktualne Uniqa police dopunskog zdravstvenog osiguranja, ista će biti automatizmom produžena za još jednu godinu sukladno važećem cjeniku“.

Nastavno na obavijest Uniqa osiguranja d.d. da je od 01.04.2023. (o čemu smo Vas informirali na našoj web stranici) napravljena je korekcija premije dopunskog zdravstvenog osiguranja zbog podizanja cijena usluga HZZO-a i prebacivanja još 200 lijekova na B listu.

Za B listu lijekova podignut limit sa 159,27 € na 180,00 €, znači to je plus za ugovaratelje, jer su im lijekovi B liste poskupili. Nadalje, HZZO je podigao (udvostručio) i cijenu boravka u bolnici.

Slijedom navedenog, osiguravajuća zaštita obuhvaća sudjelovanje osiguranika u troškovima liječenja u obveznom zdravstvenom osiguranju (participacija) i troškovima doplata za lijekove s dopunske, B liste (lijekove po receptu s dopunske liste lijekova do 180,00 €/1.356,21 kn godišnje):

Dobni razred	Participacija N A+B lista – limit 180€/1356,21kn, B – posebna ugovaranja
18-50	84 € / 632,90 kn
>50	102 € / 768,52 kn

Dobni razred	Participacija N A lista – posebna ugovaranja
18-50	66 € / 497,28 kn
>50	90 € / 678,11 kn

Napomene: Primjenjuje se popust u iznosu 5% na jednokratno plaćanje.

Ukoliko zdravstvene ustanove, koje zbog tehničkih ili drugih razloga svojeg poslovanja nisu u mogućnosti primiti iskaznicu UNIQA kao sredstvo plaćanja za participacije ili doplate za dopunsku (B) listu lijekova, troškove naplate od osiguranika, UNIQA će nastale troškove refundirati osiguraniku u roku maksimalno 14 dana.

Za sve dodatne informacije možete se obratiti izravno gđi Aniti Cibenečki, zastupnici UNIQA osiguranja d.d. koju možete kontaktirati na telefon 01/ 6323-617, mobitel **091/ 242 73 86** ili e-mail: anita.cibenecki@uniqa.hr.

S poštovanjem,


PREDSJEDNIK
Zdravko Lončar



UNIQA osiguranje d.d.
OIB: 75665455333
tel. (01) 6324 200
faks (01) 6324 250
e-mail: info@uniqa.hr

Dopunsko zdravstveno osiguranje

Ponuda

0 2
Broj ponude (popunjava UNIQA)

Broj police 0 2

Nova police (popunjava UNIQA)

Prethodna police

Prethodni osiguratelj

Šifra zastupnika

Osobni podaci

Ugovaratelj osiguranja

Je li ugovaratelj osiguranja hrvatski državljanin?

da ne Ako nije, kojeg je državljanstva?

Je li ugovaratelj osiguranja ujedno i osiguranik? (ako je odgovor DA onda kod Osigurane osobe ispuniti samo Matični broj i spol)

da ne

Osigurana osoba

Matični broj u obveznom zdrav. osig.

žensko muško

Naziv krovne ustanove

Podaci o cjeniku

Participacija N A + B lista - posebna ugovaranja

Participacije i doplate iz obveznog zdravstvenog osiguranja

iznos osiguranja	dobni razred	mjesečna premija EUR / HRK*	kvartalna premija EUR / HRK	polugodišnja premija EUR / HRK*	godišnja premija (plaćanje odjednom) EUR / HRK
Participacija N A + B lista 180 EUR**	18-50	7,00 / 52,74	21,00 / 158,22	42,00 / 316,45	84,00 / 632,90
	>50	8,50 / 64,04	25,50 / 192,13	51,00 / 384,26	102,00 / 768,52

* Za preračunavanje korišten je službeni fiksni tečaj konverzije 7,53450 HRK

** uz podlimit 180,00 EUR / 1356,21 HRK godišnje za dopunsku listu lijekova

Način plaćanje premije

*/**/** kod plaćanja trajni nalog, administrativna zabrana i SEPA terećenje potrebno je dostaviti odgovarajuće obrasce.

**** Svi iznosi su izraženi EUR/HRK

uplatnica/virman univerzalni POS uređaj trajni nalog* administrativna zabrana** SEPA terećenje**

Popust (vrsta popusta) _____ % _____

Premijski obrok UKUPNO EUR/HRK**** / _____

Ponuda vrijedi 45 dana od datuma izdavanja. Prilikom produženja (obnove) ugovora o osiguranju ponuda za novo osigurateljno razbolje vrijedi do isteka 30 dana računajući od dana prestanka prethodnog ugovora o osiguranju.

Posebno potvrđujem kako je ova ponuda u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te kako su mi dovoljno vremena prije ugovaranja osiguranja, a s ciljem donošenja informirane odluke predani slijedeći dokumenti: Uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja DOPZO 1/2023; Informacije o obradi podataka INF IOOP 1/2019; Informacije o proizvodu osiguranja IPIDDZ 0202 V2023; Informacije ugovaratelju dopunskog zdravstvenog osiguranja INF-DOPZOP 1/2023.

Ugovaratelj osiguranja _____

Ugovaratelj potpisom ove ponude potvrđuje kako je pregledao/la sve u njoj navedene podatke, kako su ti podaci točni i ažurni te kako je prilikom prikupljanja podataka upozoren/a na važnost davanja točnih i ažurnih podataka s ciljem ostvarivanja svrha njihove obrade i upoznat/a s učinkom koji na ugovor o osiguranju i obveze osiguratelja ima davanje netočnih ili nepotpunih podataka.

Ako je ugovaratelj različit od osiguranika, ugovaratelj osiguranja potpisom ove ponude potvrđuje kako je osiguranika u cijelosti upoznao sa sadržajem ovoga dokumenta, pogotovo s informacijama sadržanim u Informacijama o obradi podataka te kako ga je osiguranik ovlastio na davanje osobnih podataka koji se na njega odnose.

Zastupnik potpisom ove ponude potvrđuje kako je sukladno odredbama Zakona o osiguranju utvrdio zahtjeve i potrebe potrošača, njegovu pripadnost ciljanom tržištu te dao objektivne informacije o proizvodu osiguranja u razumljivom obliku kako bi se potrošaču omogućilo donošenje informirane odluke.

Napomene:

Broj računa za uplatu premije dopunskog zdravstvenog osiguranja je IBAN HR1724840081100716564.

Kod plaćanja prve premije pod poziv na broj upisuje se OIB osiguranika.

Početak osiguranja je 1 dan nakon uplate premije. Molimo uz ponudu dostaviti potvrdu o uplati prve rate.

Mjesto i datum

Potpis posrednika/zastupnika

Potpis ugovaratelja osiguranja

Potpis osigurane osobe

Odgovarajuće označite

Original



UNIQA osiguranje d.d.
OIB: 75665455333
tel. (01) 6324 200
faks (01) 6324 250
e-mail: info@uniqa.hr

Klasifikacijska razina dokumenta: POVJERLJIVO

Dopunsko zdravstveno osiguranje

Ponuda

0 2
Broj ponude (popunjava UNIQA)

Broj police 0 2
Nova polica (popunjava UNIQA) Prethodna polica Prethodni osiguratelj Šifra zastupnika

Osobni podaci

Ugovaratelj osiguranja

Je li ugovaratelj osiguranja hrvatski državljanin?

da ne Ako nije, kojeg je državljanstva?

Je li ugovaratelj osiguranja ujedno i osiguranik? (ako je odgovor DA onda kod Osigurane osobe ispuniti samo Matični broj i spol)

da ne

Osigurana osoba

Matični broj u obveznom zdrav. osig.

žensko muško

Naziv krovne ustanove

Podaci o cjeniku

Participacija N A + B lista - posebna ugovaranja

Participacije i doplate iz obveznog zdravstvenog osiguranja

iznos osiguranja	dobni razred	mjesečna premija EUR / HRK*	kvartalna premija EUR / HRK	polugodišnja premija EUR / HRK*	godišnja premija (plaćanje odjednom) EUR / HRK
Participacija N A + B lista 180 EUR**	18-50	7,00 / 52,74	21,00 / 158,22	42,00 / 316,45	84,00 / 632,90
	>50	8,50 / 64,04	25,50 / 192,13	51,00 / 384,26	102,00 / 768,52

* Za preračunavanje korišten je službeni fiksni tečaj konverzije 7,53450 HRK

** uz podlimit 180,00 EUR / 1356,21 HRK godišnje za dopunsku listu lijekova

Način plaćanje premije

*/**/** kod plaćanja trajni nalog, administrativna zabrana i SEPA terećenje potrebno je dostaviti odgovarajuće obrasce.

**** Svi iznosi su izraženi EUR/HRK

uplatnica/virman univerzalni POS uređaj trajni nalog* administrativna zabrana** SEPA terećenje***

Popust (vrsta popusta) %

Premijski obrok UKUPNO EUR/HRK**** /

Ponuda vrijedi 45 dana od datuma izdavanja. Prilikom produženja (obnove) ugovora o osiguranju ponuda za novo osigurateljno razbolje vrijedi do isteka 30 dana računajući od dana prestanka prethodnog ugovora o osiguranju.

Posebno potvrđujem kako je ova ponuda u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te kako su mi dovoljno vremena prije ugovaranja osiguranja, a s ciljem donošenja informirane odluke predani slijedeći dokumenti: Uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja DOPZO 1/2023; Informacije o obradi podataka INF IOOP 1/2019; Informacije o proizvodu osiguranja IPIDDZ 0202 V2023; Informacije ugovaratelju dopunskog zdravstvenog osiguranja INF-DOPZOP 1/2023.

Ugovaratelj osiguranja _____

Ugovaratelj potpisom ove ponude potvrđuje kako je pregledao/la sve u njoj navedene podatke, kako su ti podaci točni i ažurni te kako je prilikom prikupljanja podataka upozoren/a na važnost davanja točnih i ažurnih podataka s ciljem ostvarivanja svrha njihove obrade i upoznat/a s učinkom koji na ugovor o osiguranju i obveze osiguratelja ima davanje netočnih ili nepotpunih podataka.

Ako je ugovaratelj različit od osiguranika, ugovaratelj osiguranja potpisom ove ponude potvrđuje kako je osiguranika u cijelosti upoznao sa sadržajem ovoga dokumenta, pogotovo s informacijama sadržanim u Informacijama o obradi podataka te kako ga je osiguranik ovlastio na davanje osobnih podataka koji se na njega odnose.

Zastupnik potpisom ove ponude potvrđuje kako je sukladno odredbama Zakona o osiguranju utvrdio zahtjeve i potrebe potrošača, njegovu pripadnost ciljanom tržištu te dao objektivne informacije o proizvodu osiguranja u razumljivom obliku kako bi se potrošaču omogućilo donošenje informirane odluke.

Napomene:

Broj računa za uplatu premije dopunskog zdravstvenog osiguranja je IBAN HR1724840081100716564.

Kod plaćanja prve premije pod poziv na broj upisuje se OIB osiguranika.

Početak osiguranja je 1 dan nakon uplate premije. Molimo uz ponudu dostaviti potvrdu o uplati prve rate.

Mjesto i datum

Potpis posrednika/zastupnika

Potpis ugovaratelja osiguranja

Potpis osigurane osobe

Odgovarajuće označite

Kopija za ugovaratelja osiguranja



UNIQA osiguranje d.d.
OIB: 7566545333
tel. (01) 6324 200
faks (01) 6324 250
e-mail: info@uniqa.hr

Dopunsko zdravstveno osiguranje

Ponuda

0 2
Broj ponude (popunjava UNIQA)

Broj police 0 2
Nova polica (popunjava UNIQA) Prethodna polica Prethodni osiguratelj Šifra zastupnika

Osobni podaci

Ugovaratelj osiguranja

Je li ugovaratelj osiguranja hrvatski državljanin?

da ne Ako nije, kojeg je državljanstva?

Je li ugovaratelj osiguranja ujedno i osiguranik? (ako je odgovor DA onda kod Osigurane osobe ispuniti samo Matični broj i spol)

da ne

Osigurana osoba

Matični broj u obveznom zdrav. osig.

žensko muško

Naziv krovne ustanove

Podaci o cjeniku

Participacija N A + B lista - posebna ugovaranja

Participacije i doplate iz obveznog zdravstvenog osiguranja

iznos osiguranja	dobni razred	mjesečna premija EUR / HRK*	kvartalna premija EUR / HRK	polugodišnja premija EUR / HRK*	godišnja premija (plaćanje odjednom) EUR / HRK
Participacija N A + B lista 180 EUR**	18-50	7,00 / 52,74	21,00 / 158,22	42,00 / 316,45	84,00 / 632,90
	>50	8,50 / 64,04	25,50 / 192,13	51,00 / 384,26	102,00 / 768,52

* Za preračunavanje korišten je službeni fiksni tečaj konverzije 7,53450 HRK

** uz podlimit 180,00 EUR / 1356,21 HRK godišnje za dopunsku listu lijekova

Način plaćanje premije

*/**/** kod plaćanja trajni nalog, administrativna zabrana i SEPA terećenje potrebno je dostaviti odgovarajuće obrasce.

**** Svi iznosi su izraženi EUR/HRK

uplatnica/virman univerzalni POS uređaj trajni nalog* administrativna zabrana** SEPA terećenje**

Popust (vrsta popusta) %

Premijski obrok UKUPNO EUR/HRK**** /

Ponuda vrijedi 45 dana od datuma izdavanja. Prilikom produženja (obnove) ugovora o osiguranju ponuda za novo osigurateljno razbolje vrijedi do isteka 30 dana računajući od dana prestanka prethodnog ugovora o osiguranju.

Posebno potvrđujem kako je ova ponuda u skladu s mojim zahtjevima i potrebama te kako su mi dovoljno vremena prije ugovaranja osiguranja, a s ciljem donošenja informirane odluke predani slijedeći dokumenti: Uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja DOPZO 1/2023; Informacije o obradi podataka INF IOOP 1/2019; Informacije o proizvodu osiguranja IPIDDZ 0202 V2023; Informacije ugovaratelju dopunskog zdravstvenog osiguranja INF-DOPZOP 1/2023.

Ugovaratelj osiguranja _____

Ugovaratelj potpisom ove ponude potvrđuje kako je pregledao/la sve u njoj navedene podatke, kako su ti podaci točni i ažurni te kako je prilikom prikupljanja podataka upozoren/a na važnost davanja točnih i ažurnih podataka s ciljem ostvarivanja svrha njihove obrade i upoznat/a s učinkom koji na ugovor o osiguranju i obveze osiguratelja ima davanje netočnih ili nepotpunih podataka.

Ako je ugovaratelj različit od osiguranika, ugovaratelj osiguranja potpisom ove ponude potvrđuje kako je osiguranika u cijelosti upoznao sa sadržajem ovoga dokumenta, pogotovo s informacijama sadržanim u Informacijama o obradi podataka te kako ga je osiguranik ovlastio na davanje osobnih podataka koji se na njega odnose.

Zastupnik potpisom ove ponude potvrđuje kako je sukladno odredbama Zakona o osiguranju utvrdio zahtjeve i potrebe potrošača, njegovu pripadnost ciljanom tržištu te dao objektivne informacije o proizvodu osiguranja u razumljivom obliku kako bi se potrošaču omogućilo donošenje informirane odluke.

Napomene:

Broj računa za uplatu premije dopunskog zdravstvenog osiguranja je IBAN HR1724840081100716564.

Kod plaćanja prve premije pod poziv na broj upisuje se OIB osiguranika.

Početak osiguranja je 1 dan nakon uplate premije. Molimo uz ponudu dostaviti potvrdu o uplati prve rate.

Mjesto i datum

Potpis posrednika/zastupnika

Potpis ugovaratelja osiguranja

Potpis osigurane osobe

Odgovarajuće označite

Kopija za posrednika/zastupnika

Ovaj dokument pruža Vam bitne informacije o proizvodu dopunskog zdravstvenog osiguranja prije sklapanja ugovora o osiguranju. Nije riječ o promidžbenom materijalu. Informacije su propisane zakonom kako bi Vam pomogle u razumijevanju ovog proizvoda te kako bi Vam pomogle da ga usporedite s drugim proizvodima.

Osnovni podaci o osiguratelju

Osiguratelj: UNIQA osiguranje d.d.

Sjedište: Planinska 13 A, 10000 Zagreb

Tel.: 01/6324 200, **Fax:** 01/6324 250

http://www.uniqa.hr, e-mail: info@uniqa.hr

Trgovački sud u Zagrebu: MBS 082097140

Dozvola za obavljanje djelatnosti: UP/I-453-02/07-30/02

MS: 1446452, **OIB:** 75665455333

IBAN: HR1724840081100716564

Ako proizvod distribuira osiguratelj, njegov zaposlenik ostvaruje plaću sukladno zakonu o radu i drugim primjenjivim propisima.

Osiguratelj ne daje savjete o proizvodima osiguranja koje prodaje.

Osnovna obilježja proizvoda dopunskog zdravstvenog osiguranja

Dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva sudjelovanje osiguranika u troškovima liječenja u obveznom zdravstvenom osiguranju, a ako je posebno ugovoreno, i sudjelovanje u troškovima lijekova s dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Opseg ugovorenog pokrivanja i godišnji iznosi osiguranja utvrđeni su policom osiguranja.

Pravo koje se primjenjuje na ugovor o osiguranju i uvjeti osiguranja

Pravni temelj za zatraženo osiguranje su Uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja DOPZO 1/2023 u primjeni od 1.3.2023. (dalje u tekstu Uvjeti), koji se ugovaratelju osiguranja uručuju prije sklapanja ugovora o osiguranju. Na ugovor o osiguranju primjenjuje se pravo Republike Hrvatske.

Mjerodavno pravo

Za ugovor o osiguranju mjerodavno je pravo Republike Hrvatske.

Kod ugovora o osiguranju s međunarodnim elementom, sukladno Uredbi (EZ) br. 593/2008 Europskog parlamenta i Vijeća, ugovorne strane ovlaštene su izabrati kao mjerodavno pravo:

- pravo države u kojoj se nalazi mjesto prebivališta ili uobičajenog boravišta ugovaratelja osiguranja,
- ako je ugovaratelj osiguranja pravna osoba pravo države članice gdje se nalazi rizik, odnosno pravo države članice u kojoj se nalazi poslovni nastan ugovaratelja osiguranja na koji se ugovor odnosi.

Osiguratelj predlaže da se kao mjerodavno pravo izabere pravo Republike Hrvatske.

Rok u kojem ponuda obvezuje ponuditelja, pravo na opoziv ponude za sklapanje ugovora za osiguranje i pravo na odustanak od sklopljenog ugovora o osiguranju

Pisana ponuda učinjena osiguratelju za sklapanje ugovora o osiguranju obvezuje ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od osam dana otkad je ponuda prispjela osiguratelju. Ako osiguratelj u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uvjeta za predloženo osiguranje, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen. U tom slučaju ugovor se smatra sklopljenim kad je ponuda prispjela osiguratelju.

Ponuditelj ima pravo opozvati ponudu za sklapanje ugovora o osiguranju samo u slučaju ako je osiguratelj primio opoziv ili prijedlog za opoziv prije prihvata same ponude ili istodobno s njom.

Ugovaratelj osiguranja može odustati od ugovora o osiguranju sklopljenog na daljinu, ne navodeći za to razloge, u roku od 14 radnih dana od dana sklapanja ugovora ako do tada nije koristio prava iz osiguranja.

Za valjanost opoziva/odustanka zahtijeva se pisani oblik.

Uvjeti za prestanak i raskid ugovora

Ugovor o osiguranju može prestati prije isteka vremena na koji je sklopljen zbog odustanka, raskida ugovora ili u drugim slučajevima predviđenim Uvjetima osiguranja i Zakonom o obveznim odnosima kao što je prestanak uslijed smrti osigurane osobe za vrijeme trajanja osiguranja, prestanak uslijed neplaćanja premije 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 ili prestankom zakonske osnove za osiguranje.

Uvjeti za prestanak i raskid ugovora o osiguranju sadržani su u poglavlju 3, 4, 8, 10 i 11 Uvjeta.

Zahtjev za raskid mora se uputiti pisanim putem na adresu osiguratelja.

Ugovor o osiguranju može prestati u bilo koje vrijeme temeljem sporazuma ugovornih strana.

Vrijeme trajanja ugovora o osiguranju

Vrijeme trajanja ugovora o osiguranju utvrđuje se prije sklapanja ugovora o osiguranju i navedeno je na ponudi i polici osiguranja.

Osigurateljna zaštita počinje u 00:00 sati onog dana koji je na polici naveden kao početak osiguranja, pod uvjetom da je osiguratelju prije toga plaćena premija, odnosno premijski obrok, ako nije drugačije ugovoreno.

Ako je premija plaćena nakon početka osiguranja, obveza osiguratelja počinje u 00:00 sati sljedećeg dana računajući od dana kada je plaćena premija.

Ako se primjenjuje razdoblje čekanja, obveza osiguratelja počinje od prvog sljedećeg dana nakon isteka razdoblja čekanja, odnosno istekom 24. sata 15. dana koji je na polici naveden kao dan početka osiguranja, pod uvjetom da je do tada plaćena premija, odnosno premijski obrok.

Osiguranje prestaje za svakoga pojedinog osiguranika istekom 24-tog sata dana koji je na polici naveden kao dan isteka osiguranja ako nije ranije prestao zbog raskida ili otkaza.

Visina premije osiguranja, iznosi osiguranja za osnovno i dopunsko pokrivanje, način i trajanje plaćanja premije osiguranja, visina doprinosa, poreza i drugih troškova i naknada koji se naplaćuju osim premije osiguranja i ukupan iznos plaćanja

Premija osiguranja utvrđuje se za svaku osigurateljnu godinu prema cjeniku osiguratelja, a ovisi o dobi osiguranika u trenutku ugovaranja, odnosno produljenja osiguranja, te opsegu osigurateljnog pokrivanja.

Visina premije osiguranja, iznosi osiguranja za osnovno i dodatno pokrivanje te način plaćanja premije navode se na ponudi i polici osiguranja. Premija se u pravilu uplaćuje godišnje i obračunava se od početka osiguranja. Ugovorom o osiguranju može se odrediti plaćanje premije u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim obrocima.

Sukladno odredbama Zakona o porezu na dohodak, ako je ugovaratelj osiguranja poslodavac koji plaća premiju osiguranja za svoje radnike, primicima po osnovi nesamostalnog rada (plaćom) smatraju se premije osiguranja koje poslodavci plaćaju za svoje radnike po osnovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, iznad propisanog iznosa.

Premija se plaća u punom iznosu bez umanjenja za troškove platnog prometa, pristojbi za uplatnice i sl. Eventualne troškove za pristojbe, poreze i druga zakonom propisana davanja na premiju i dodatne izdatke iz ugovora o osiguranju koji su nastali uslijed postupanja ugovaratelja osiguranja, odnosno osiguranika, snosi ugovaratelj osiguranja.

Postupak rješavanja pritužbi u vezi s ugovorima, adresa za primanje pritužbi i tijelo nadležno za rješavanje pritužbe

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 i ugovaratelj osiguranja u slučaju nezadovoljstva postupanjem osiguratelja ili posrednika može podnijeti pritužbu.

a) usmeno na zapisnik:

- u sjedištu UNIQA osiguranja

b) pisanim podneskom:

- na adresu sjedišta UNIQA osiguranja d.d.
- putem faxa na broj 01 6324 251 ili
- e-mailom na adresu uniqa.prituzbe@uniqa.hr.

c) online prijavom na www.uniqa.hr

Pritužba treba sadržavati:

- ime i prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno, tvrtku, sjedište i ime i prezime odgovorne osobe podnositelja pritužbe koji je pravna osoba
- razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe
- dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe kada ih je moguće priložiti, a može sadržavati i isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se pritužbe podnosi kao i prijedloge za izvođenje dokaza
- datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa
- punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.

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

Ako je pritužba podnesena elektroničkom poštom ili podnositelj pritužbe to izričito traži, odgovor na pritužbu može se poslati elektroničkom poštom, uz poštovanje 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 odnosa osiguranja ili u vezi s njim, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede ili prestanka, kao i na pravne učinke koji iz toga proistječu, mogu se uputiti na mirenje pri jednoj od organizacija za mirenje u Republici Hrvatskoj (Hrvatski ured za osiguranje, Hrvatska gospodarska komora 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.

Nadzorno tijelo

Nadzor nad poslovanjem Osiguratelja provodi Hrvatska agencija za nadzor finansijskih usluga sa sjedištem u Zagrebu.



UNIQA osiguranje d.d.
OIB: 75665455333
tel. (01) 6324 200
faks (01) 6324 250
e-mail: info@uniqa.hr

Dopunsko zdravstveno osiguranje

Ponuda

Podaci o posredniku/zastupniku

Datum zaprimanja ponude

Naziv posrednika/zastupnika

Ime i prezime posrednika/zastupnika

Šifra posrednika/zastupnika

Šifra agencije

Napomene:

Potpis posrednika/zastupnika

Suglasnost za prihvatanje obavijesti i računa u elektroničkom obliku

Potpisivanjem ove suglasnosti ja,

Prezime, ime / Naziv poslovnog subjekta te ime i prezime potpisnika

E-mail

OIB

dobrovoljno dajem društvu UNIQA osiguranju d.d. (u daljnjem tekstu Društvo), Zagreb, Planinska 13A, OIB: 75665455333, odobrenje da svu predugovornu i ugovornu dokumentaciju, račune i druge pisane obavijesti u vezi svih trenutnih i budućih ugovora o osiguranju kod kojih imam svojstvo ugovaratelja osiguranja izda i meni pošalje u elektroničkom obliku na gore naznačenu adresu elektroničke pošte, pri čemu se ova izjava istodobno smatra mojom suglasnošću za prihvatanje predugovorne i ugovorne dokumentacije, računa i drugih pisanih obavijesti Društva poslanih na opisani način, uz istodobno odricanje od dostave predugovorne i ugovorne dokumentacije, računa i drugih obavijesti Društva u otisnutom obliku na papiru pismovnom pošiljkom.

Potvrđujem kako sam upoznat da se dostava predugovorne i ugovorne dokumentacije, računa i drugih pisanih obavijesti Društva temeljem ove suglasnosti smatra izvršenom upućivanjem elektroničke pošte od strane Društva na gore naznačenu adresu elektroničke pošte, a trenutkom njihove dostave smatra se trenutak njihovog upućivanja od strane Društva.

Potvrđujem da sam prije davanja ove suglasnosti obaviješten da sam o svakoj promjeni gore naznačene adrese elektroničke pošte dužan obavijestiti Društvo te da imam pravo u svakom trenutku povući ovu suglasnost i zatražiti dostavu dokumentacije na papiru.

Društvo zadržava pravo izdavanja predugovorne i ugovorne dokumentacije, računa i drugih pisanih obavijesti u otisnutom obliku na papiru te njihovog upućivanja pismovnom pošiljkom.

Iz komunikacije putem elektroničke pošte izuzete su izjave, obavijesti, potvrde i sl. koje temeljem propisa, odredbi ugovora o osiguranju ili pravila osiguratelja moraju biti u pisanom obliku na papiru.

Davanjem gore naznačene adrese elektroničke pošte potvrđujem da raspolazem redovitim pristupom internetu.

Mjesto i datum

Potpis

* Neovisno o ovoj suglasnosti, poslovni subjekti koji imaju ugovorenu uslugu eRačun nastaviti će zaprimati svoje račune na uobičajeni način.