

Uvjeti za dodatno zdravstveno osiguranje

Uvodne odredbe

Članak 1.

(1) Ovi Uvjeti za dodatno zdravstveno osiguranje (u nastavku teksta: Uvjeti) sastavni su dio ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju kojeg je ugovaratelj osiguranja sklopio s Allianz Zagreb d.d. (u nastavku teksta: Osiguratelj).

(2) Ovim Uvjetima uređuju se međusobna prava i obveze između Osiguratelja i ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika iz sklopljenog ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju.

(3) Dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se 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, a kako je definirano odredbama važećeg Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i drugim propisima iz područja zdravstva.

Osnovni pojmovi

Članak 2.

(1) Pojedini izrazi u ovim Uvjetima znače:

Bolest je poremećaj normalnih odnosa u organizmu, sa specifičnim uzrokom i prepoznatljivim simptomima i znakovima, nastao kao reakcija organizma na različite unutarnje i vanjske štetne činitelje;

Dan boravka u bolnici – u smislu ovih Uvjeta smatra se noć provedena u bolnici;

Dospjela premija osiguranja je premija cijele godine osiguranja bez obzira na ugovorenu dinamiku plaćanja premije (npr. u obrocima);

Grupno/kolektivno osiguranje - ugovorom o osiguranju (policom) osiguravaju se članovi neke grupe ili radnici nekog poslodavca. Ugovaratelj osiguranja je poslodavac ili dr. pravna osoba (npr. sindikat i sl.);

Individualno osiguranje – ugovorom o osiguranju (policom) se osigurava jedna fizička osoba kao osiguranik;

Iskaznica je isprava kojom se osiguranik, uz osobnu iskaznicu, identificira kod Pružatelja usluga, a izdaje ju Osiguratelj;

Karenca je određeno vremensko razdoblje koje se računa od početka osiguranja, a za vrijeme kojeg osiguranik ne može ostvarivati prava iz sklopljenog ugovora o osiguranju (razdoblje čekanja);

Nalaz liječnika specijaliste je dokument napisan, ovjeren i potpisan od ovlaštenog liječnika specijaliste, a koji između ostalog obvezno sadrži dijagnozu i preporučenu zdravstvenu uslugu koju osiguranik treba obaviti odnosno uslugu koja mu je indicirana;

Nesretni slučaj je događaj koji nije uvjetovan voljom osiguranika, a djeluje iznenada, izvana, mehanički ili kemijski na tijelo osiguranika i ima za posljedicu njegovo tjelesno oštećenje ili oboljenje;

Obiteljsko osiguranje – ugovorom o osiguranju (policom) osigurava se jedan roditelj i najmanje jedno dijete (od 7 do 17 godina života) odnosno jedan roditelj i više djece (od 7 do 17 godina života). U tom slučaju svi osiguranici na polici dijele isti godišnji limit definiran ugovorenim programom osiguranja sukladno ovim Uvjetima.

Ukoliko se ugovorom o osiguranju želi osigurati i drugi roditelj isti sklapa zaseban ugovor o osiguranju (individualnu policu koja glasi na njegovo ime). Ugovaratelj osiguranja je uvijek jedan od roditelja;

Osigurani slučaj je događaj prouzročen osiguranim rizikom, odnosno usluga predviđena prema ovim Uvjetima, a koja je sukladno ugovoru o osiguranju pružena za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju;

Osiguranik je fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, na temelju njezine suglasnosti, sklopljen ugovor o osiguranju i koja koristi prava utvrđena ugovorom o osiguranju;

Osiguratelj je Allianz Zagreb d.d., s kojim je ugovaratelj osiguranja sklopio ugovor o osiguranju i koji se obvezuje na izvršenje obveza iz ugovora o osiguranju za osigurane rizike;

Osigurateljna godina je vrijeme od 12 (dvanaest) mjeseci koje se računa od dana početka ugovora o osiguranju naznačenog na polici osiguranja, odnosno kod produljenja osiguranja vrijeme od

12 (dvanaest) mjeseci koje se računa od dana isteka prethodne osigurateljne godine;

Polica osiguranja je pisana isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju;

Ponuditelj osiguranja je osoba koja podnosi pisanu ili usmenu ponudu Osiguratelju s namjerom sklopanja osiguranja;

Premija osiguranja je iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti Osiguratelju sukladno sklopljenom ugovoru o osiguranju;

Pružatelj usluga je fizička ili pravna osoba u ugovornom odnosu s Osigurateljem registrirana za pružanje zdravstvenih ili drugih usluga, a

koja osiguraniku pruža usluge temeljem ovih Uvjeta;

PZZ Uputnica je uputnica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u nastavku teksta: HZZO) koju izdaje liječnik primarne zdravstvene zaštite, a koja između ostalog sadrži dijagnozu i vrstu zdravstvene usluge preporučenu osiguraniku, odnosno koja mu je indicirana;

Režijski troškovi osiguratelja su dio premije osiguranja namijenjen pokriću troškova obavljanja djelatnosti osiguranja (tzv. režijski dodatak);

Skadencija je datum dospjeća obnove police ili datum isteka tekuće osigurateljne godine;

Trajanje osiguranja je trajanje ugovora o osiguranju definirano na polici osiguranja;

Ugovaratelj osiguranja je fizička ili pravna osoba, tijelo državne vlasti ili drugo tijelo koje je za osiguranika sklopilo ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju i koje se obvezalo na uplatu premije osiguranja. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu biti ista fizička osoba;

Ugovor o osiguranju čini ponuda osiguranja, ukoliko se osiguranje sklapa temeljem pisane ponude, police, ovi Uvjeti, Posebni uvjeti osiguranja i klauzule, ako su ugovorene.

Uputnica Osiguratelja je dokument koji izdaje Osiguratelj Pružatelju usluga temeljem kojeg Pružatelj usluga obavlja usluge navedene na uputnici;

Uvjeti osiguranja obuhvaćaju općenite odredbe sklopanja i funkcioniranja ugovora o osiguranju te specifične odredbe vezane uz prava i obveze ugovornih strana po pojedinom ugovorenom programu dodatnog zdravstvenog osiguranja;

Zdravstvena mreža Osiguratelja predstavlja sve ugovorne zdravstvene i druge ustanove u kojima osiguranik može obaviti usluge iz ugovora o osiguranju.

Sposobnost za osiguranje

Članak 3.

(1) Osiguranik u dodatnom zdravstvenom osiguranju može biti samo fizička osoba koja ima status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno važećem Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.

(2) Prema ovim Uvjetima mogu se osigurati osobe između 18 (osamnaest) i 70 (sedamdeset) godina starosti putem individualnog osiguranja. Posljednja pristupna dob osiguranika je 68 godina života.

(3) Osobe između 7 (sedam) i 17 (sedamnaest) godina mogu sklopiti osiguranje zastupani po zakonskom zastupniku isključivo kao dodatni osiguranici na polici punoljetnog člana obitelji odnosno roditelja (obiteljsko osiguranje). Osobe mlađe od 7 (sedam) godina se ne mogu osigurati.

Sklopanje ugovora o osiguranju

Članak 4.

(1) Ugovor o osiguranju sklapa se na temelju prihvata usmene ili pisane ponude ponuditelja osiguranja učinjene Osiguratelju, potpisom police osiguranja i/ili uplatom premije odnosno obroka premije ako je tako definirano policom.

(2) Ponuda učinjena Osiguratelju za sklopanje ugovora o osiguranju 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.

(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.

(4) Ako ponuda odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa ovo osiguranje, Osiguratelj u roku od 8 dana ima pravo odbiti ponudu. U tom slučaju će o odbijanju ponude Osiguratelj pisanim putem obavijestiti ugovaratelja osiguranja te mu dostaviti novu, izmijenjenu ponudu, najkasnije u roku od 8 (osam) dana od dana primitka ponude.

(5) Ukoliko 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. 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.

(9) Osiguranje se ugovara navođenjem: imena i prezimena ugovaratelja osiguranja i osiguranika, OIB-a ugovaratelja osiguranja i osiguranika, MBO-a (matičnog broja osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju) osiguranika te datuma rođenja svakog osiguranika u ponudi odnosno polici ili u popisu koji se nalazi u privitku police, ako se osiguranje ugovara za više osiguranika, a smatra se sastavnim dijelom police, vrste i opsega dodatnog zdravstvenog osiguranja, Uvjeta, visine i načina plaćanja premije, trajanja osiguranja.

(10) Kada je ugovor o osiguranju sklopljen posredstvom sredstva daljinske komunikacije (Internet prodaja), ugovaratelj osiguranja može jednostrano raskinuti ugovor o osiguranju, ne navodeći za to razloge, u roku od 14 (četnaest) dana od dana sklapanja ugovora o osiguranju, ako do tada osiguranik nije koristio prava iz osiguranja. Ugovor se raskida slanjem obavijesti Osiguratelju u pisanom obliku prije isteka roka za raskid ugovora.

Članak 5.

(1) Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovoru vrijede samo ako su sklopljeni u pisanom obliku.

(2) Svi zahtjevi ili izjave podneseni su pravovremeno ako su podneseni sukladno članku 18. i 19. ovih Uvjeta.

Početak i trajanje osiguranja

Članak 6.

(1) Ugovor o osiguranju sklapa se u pravilu na rok od 2 (dvije) godine s time da premija dospijeva i naplaćuje se posebno za svaku osigurateljnu godinu. U slučaju ugovaranja grupnih osiguranja, osiguranje je moguće sklopiti na kraći rok, ali ne kraći od godine dana.

(2) Ukoliko je ugovor o osiguranju sklopljen na rok od 2 (dvije) godine isti se po isteku ugovorenog roka automatski produljuje na sljedeće ugovorno razdoblje od 2 (dvije) godine osim ako jedna od ugovornih strana drugu ugovornu stranu najmanje 1 (jedan) mjesec prije isteka ugovorenog razdoblja od 2 (dvije) godine pisanim putem ne izvijesti o ne produljenju ugovora o osiguranju ili Osiguratelj ne postupi sukladno članku 8. stavku 5. i 6. ovih Uvjeta.

(3) Početak osiguranja može biti bilo koji dan u mjesecu.

(4) Osiguranje počinje u 24,00 sata onoga dana koji je na polici osiguranja naveden kao početak osiguranja, ali ne prije 24,00 sata onoga dana kada je plaćena premija osiguranja odnosno premijski obrok. Osiguranje prestaje u 24,00 sata onoga dana koji je u polici naveden kao dan prestanka osiguranja, ako nije drukčije ugovoreno.

(5) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen samim plaćanjem premije ili obroka premija, osiguranje počinje u 24,00 sata onoga dana kada je plaćena premija ili prvi obrok premije.

(6) Ako je ugovorena karenca, obveza Osiguratelja počinje od prvog

sljedećeg dana (u 00,00 sati) nakon isteka karence pod uvjetom da je plaćena premija odnosno premijski obrok te da se osigurani slučaj dogodio ili započeo nakon isteka ugovorene karence.

(7) Osiguranje prestaje za svakoga pojedinog osiguranika u 24,00 sata onoga dana:

- koji je na polici naveden kao istek ugovora o osiguranju osim ako ugovor nije automatski produžen u sljedeće osigurateljno razdoblje;
- kada nastupi ugovarateljeva/osiguranikova smrt - danom smrti;
- ako osiguraniku prestane status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno važećem Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju;
- kada je raskinut ugovor o osiguranju;
- kada je osiguranik lišen poslovne sposobnosti;
- prestankom plaćanja premije osiguranja sukladno članku 13. stavku 6. ovih Uvjeta.

(8) U slučaju smrti/stečaja/likvidacije ugovaratelja osiguranja ili sporazumnog raskida ugovora o osiguranju kada ugovaratelj nije ujedno i osiguranik, ugovor o osiguranju može ostati na snazi ukoliko osiguranik preuzme obveze ugovaratelja osiguranja, a Osiguratelj da svoj pristanak.

Karenca

Članak 7.

(1) Kod sklapanja novog ugovora o osiguranju ugovara se karenca i to: Za sve usluge ugovara se karenca od 30 dana, računajući od dana početka osiguranja naznačenog na polici osiguranja, osim za:

1. Male operativne zahvate ugovorena karenca iznosi 90 dana,
2. Naknadu za opremu novorođenog/posvojenog djeteta ugovorena karenca iznosi 9 mjeseci,
3. Naknadu za boravak u bolnici uslijed nezgode ili bolesti ugovorena karenca iznosi 15 dana,
4. Naknadu za apartmanski smještaj ili jednokrevetnu sobu za liječenje u bolnici ugovorena karenca iznosi 90 dana,
5. Uslugu mDoktor koji se ugovara bez karence i
6. Kućnu njegu koja se ugovara bez karence.

(2) Za vrijeme karence ugovaratelj osiguranja se obvezuje plaćati premiju osiguranja.

(3) Karenca se ne primjenjuje u slučaju obnove (produljenja) osiguranja kod kojeg nema prekida u kontinuitetu osigurateljnog pokriva većeg od 30 dana.

Procjena zdravstvenog rizika

Članak 8.

(1) Prije sklapanja osiguranja osiguranik popunjava izjavu i upitnik o zdravstvenom stanju što uz pisanu ponudu predstavlja osnovu za primitak u osiguranje. U određenim slučajevima, kada osiguranik ne može utvrditi koji odgovor u zdravstvenom upitniku je za njegovo oboljenje ispravan osiguratelj može radi utvrđivanja zdravstvenog rizika sukladno ovim Uvjetima zatražiti od osiguranika i dostavu medicinske dokumentacije prije prihvata u osiguranje, a koja u tom slučaju uz zdravstveni upitnik i ponudu, predstavlja osnovu za primitak u osiguranje.

(2) Ako Osiguratelj temeljem podataka iz ponude, zdravstvenog upitnika i po potrebi medicinske dokumentacije, ocijeni da se Osiguranik može prihvatiti u osiguranje uz redovnu ili povećanu premiju osiguranja, o istome će obavijestiti Ugovaratelja osiguranja.

(3) Osobe kod kojih Osiguratelj putem zdravstvenog upitnika i/ili medicinske dokumentacije utvrdi postojanje određenih bolesti mogu biti primljene u osiguranje uz uplatu doplatka za povećani rizik sukladno cjeniku Osiguratelja.

(4) U slučaju kada je osiguranik u trenutku prihvata u osiguranje u postupku dijagnosticiranja oboljenja, bez potvrđene dijagnoze, zdravstveno stanje osiguranika nakon završenog liječenja nije konačno ili je bolest u fazi progresije Osiguratelj može odlučiti da privremeno neće prihvatiti obvezu za određenu bolest.

(5) Ako u toku trajanja osiguranja dođe do bitne promjene zdravstvenog stanja npr. kao što je nova dijagnoza nekog kroničnog oboljenja, osiguranik je dužan o tome obavijestiti Osiguratelja čim mu to dopusti zdravstveno stanje. Temeljem obavijesti osiguranika i ponovne procjene zdravstvenog rizika Osiguratelj ima pravo izvršiti promjenu premije prilikom obnove ugovora o osiguranju, a o čemu će pisano izvijestiti osiguranika odnosno ugovaratelja osiguranja.

(6) Kod automatske obnove osiguranja na novo osigurateljno razdoblje u pravilu se ne radi ponovna procjena zdravstvenog stanja osiguranika osim u slučaju kada Osiguratelj na temelju podataka o korištenju usluga iz prethodnog osigurateljnog razdoblja opravdano posumnja da se desila promjena zdravstvenog stanja, a o čemu će Osiguratelj obavijestiti ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika. U tom slučaju, Osiguratelj će učiniti ponovnu procjenu zdravstvenog rizika sukladno odredbama ovog članka kao da se radi o prvom prihvatu u osiguranje.

(7) U slučaju kada se ne radi automatska obnova osiguranja odnosno osiguranje se obnavlja po proteku 30 i više dana od isteka prethodnog ugovora o osiguranju, osiguranik ponovno popunjava ponudu koja uključuje izjavu i zdravstveni upitnik te po potrebi prilaže medicinsku dokumentaciju o provedenom liječenju sukladno odredbama ovog članka, a temeljem čega se procjenjuje promijenjeno zdravstveno stanje i ocjenjuje zdravstveni rizik.

Članak 9.

(1) Osiguratelj će koristiti zdravstvene podatke koji su rezultat izvršene zdravstvene usluge iz ovog osiguranja samo za utvrđivanje nastupa osiguranog slučaja te isplate naknade iz osiguranja (npr. dopunska pokriva, usluge korištene izvan mreže pružatelja zdravstvenih usluga i sl.), te ako postoji opravdana sumnja da osiguranik nije prijavio svoje pravo zdravstveno stanje prilikom ulaska ili tijekom trajanja osiguranja sukladno članku 8. ovih Uvjeta, dok rezultate sistematskih pregleda kao i rezultate DNK analize Osiguratelj neće koristiti niti će mu isti biti dostupni.

Namjerna i nenamjerna netočna prijava ili prešućivanje

Članak 10.

(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.

(2) 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 poništenje 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 za koje je tražio poništenje ugovora o osiguranju.

(3) 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.

Članak 11.

(1) Ako je ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, Osiguratelj može, po svom izboru, u roku od mjesec dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave izjaviti da raskida ugovor o osiguranju ili predložiti povećanje premije osiguranja razmjerno većem riziku.

(2) Ukoliko ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ne prihvati prijedlog Osiguratelja o razmjernom povećanju premije osiguranja ugovor o osiguranju prestaje po isteku 14 (četnaest) dana nakon što je ugovaratelj primio preporučeno pismo Osiguratelja o prijedlogu za povećanje premije osiguranja.

(3) 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.

Premija osiguranja

Članak 12.

(1) Premija osiguranja je utvrđena cjenikom Osiguratelja i ista ovisi o dobi osiguranika, ugovorenom programu dodatnog zdravstvenog osiguranja i ostalim parametrima koji se koriste za utvrđivanje visine premije osiguranja (npr. ocjena zdravstvenog stanja osiguranika).

(2) Dob osiguranika se računa svake godine kao razlika kalendarske godine u kojoj je sklopljeno osiguranje, odnosno produljeno (obnovljeno) osiguranje i kalendarske godine rođenja osiguranika.

(3) Visina premije će se automatski promijeniti one godine kada osiguranik prijeđe u viši dobní razred. Dobni razredi i pripadne premije osiguranja navedeni su na ponudi odnosno polici osiguranja.

(4) U slučaju da ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ima dugovanje po dospjeloj premiji osiguranja veće od 500 kn, 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 Osiguratelja osiguranik platiti osobno kod Pružatelja usluga, 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 usluge iz cjenika Osiguratelja.

(5) Podnošenjem zahtjeva za povrat plaćene usluge od strane ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika, Osiguratelj je ovlašten izvršiti prijebod dugovanja po dospjeloj premiji osiguranja i zahtjeva za povrat plaćene usluge.

Plaćanje premije i posljedice neplaćanja premije

Članak 13.

(1) Osiguranje je na snazi ako ugovaratelj osiguranja kod godišnje dinamike plaćanja u cijelosti uplati godišnju premiju osiguranja kod sklapanja ugovora o osiguranju, za svaku godinu trajanja osiguranja.

(2) Ako je ugovoreno da se godišnja premija osiguranja plaća u obrocima, osiguranje je na snazi samo ako ugovaratelj osiguranja uplati prvi obrok premije osiguranja kod sklapanja ugovora o osiguranju odnosno prvi obrok premije osiguranja za svaku godinu trajanja osiguranja.

(3) Premija osiguranja se obračunava i plaća u kunama.

(4) Premija osiguranja se plaća u gotovini, uplatnicom na e-mail, kreditnom karticom, trajnim nalogom, putem pošte ili banke (e-uplatnica, i-račun) ili na neki drugi način koji će omogućiti Osiguratelju. Ako se premija osiguranja plaća putem pošte, smatra se da je ista plaćena u 24,00 sata onoga dana kad je uplaćena na pošti, a ako je plaćena putem banke, smatra se da je plaćena u 24,00 sata onoga dana kad je nalog predan banci.

(5) Za svaki dan prekoračenja roka dospjeća utvrđenog računom, Osiguratelj može obračunati zakonsku zateznu kamatu u visini određenoj važećim propisima. Obračun zatezne kamate počinje teći 15 dana od dana dospjeća.

(6) Ako ugovaratelj osiguranja na poziv Osiguratelja, koji mu mora biti dostavljen preporučenim pismom, ne plati dospjelu premiju osiguranja u roku određenom u tom pismu, a koji ne može biti kraći od 30 dana, računajući otkad mu je preporučeno pismo uručeno, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, Osiguratelj može izjaviti ugovaratelju osiguranja da raskida ugovor o osiguranju. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu ako premija osiguranja ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

(7) Premija osiguranja ugovorena za tekuću osigurateljnu godinu u cijelosti pripada Osiguratelju u slučajevima iz članka 6. stavka 7. kada je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka ugovora o osiguranju, a pod uvjetom da je osiguranik koristio svoja prava iz sklopljenog ugovora.

(8) U slučaju iz članka 6. stavka 7. kada osiguranik nije koristio svoja prava iz sklopljenog ugovora o osiguranju, a osiguranje je prestalo prije ugovorenog isteka ugovora o osiguranju Osiguratelj će naplatiti režijske troškove za neiskorišteno trajanje osiguranja do isteka tekuće osigurateljne godine. U slučaju postojanja preplaćene premije za neiskorišteno trajanje osiguranja ista će biti vraćena ugovaratelju osiguranja umanjena za režijske troškove osiguratelja.

(9) Osiguratelj je obvezan primiti uplatu premije osiguranja od svake osobe koja ima pravni interes da premija osiguranja bude plaćena.

Obveze Osiguratelja

Članak 14.

(1) Osiguratelj pokriva samo troškove koji su nastali na način i u opsegu utvrđenom Uvjetima, navedenim na polici osiguranja.

(2) Sukladno uvjetima osiguranja, Osiguratelj se obvezuje kod Pružatelja usluga omogućiti neophodnu (medicinski indiciranu) zdravstvenu uslugu koja je u pokriću ugovorenog paketa dodatnog zdravstvenog osiguranja u primjerenom roku, a u skladu sa dostupnim kapacitetima Pružatelja usluga.

(3) Pružatelj usluga 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 Osiguratelja vezano uz kvalitetu i stručnost pružene usluge od strane pružatelja usluga.

Isključenje Osigurateljeve obveze

Članak 15.

(1) Isključene su u cijelosti obveze Osiguratelja za sve bolesti i stanja nastala uslijed:

- 1) rata, neprijateljstva, ratnih operacija ili ratu sličnih radnji,
- 2) građanskog rata, terorizma iz političkih pobuda, revolucije, pobune, ustanka ili građanskih nemira koji nastanu iz takvih događaja,
- 3) detonacije eksploziva, mina, torpeda, bomba ili pirotehničkih sredstava,
- 4) potresa,
- 5) pokušaja ili izvršenja samoubojstva,
- 6) pripreme, pokušaja ili izvršenja kaznenog djela i pri bijegu poslije takve radnje;
- 7) bolesti epidemijskih ili pandemijskih razmjera,
- 8) radioaktivne kontaminacije ako je intenzitet zračenja, izmjeren izvan kruga mikrolokacije izvora zračenja, bio iznad zakonom dopuštene granice.
- 9) stradavanja u obilježenoj minskom polju,
- 10) nemedicinskih zdravstvenih postupaka,
- 11) obavljanja estetskih i/ili kozmetičkih tretmana i zahvata (operacija i posljedica istih) bilo koje vrste kao i promjene spola,
- 12) prekida trudnoće koji nije medicinski indiciran, zbog sterilizacije, eksperimentalnog liječenja kao ni zbog odklapanja osiguranika od ovisnosti bilo koje vrste.

(2) Ne postoji obveza Osiguratelja za bolesti, stanja i/ili liječenja odnosno usluge koje su planirane i preporučene od strane liječnika prije početka osiguranja.

(3) U opravdanim slučajevima Osiguratelj u tijeku osiguranja može iz osigurateljne zaštite isključiti pružanje pokrivenih usluga kod određenih Pružatelja usluga. Važeći popis Pružatelja usluga dostupan je na Internetskim stranicama Osiguratelja www.allianz.hr

(4) U svakom slučaju Osiguratelj nije obavezan ni na kakva davanja ako je ugovaratelj osiguranja ili osiguranik izazvao osigurani slučaj namjerno ili prijevarom.

(5) Uz prije navedeno, obveza Osiguratelja ne uključuje sve ostale zdravstvene i druge usluge koje nisu izričito navedene u ovim Uvjetima.

(6) Ugovor o osiguranju je ništetan i nema obveze Osiguratelja ako su u trenutku njegovog sklapanja ugovaratelj osiguranja, osiguranik ili liječnik napravili netočnu prijavu, prešutjeli bitne činjenice, odnosno neku okolnost takve vrste da Osiguratelj ne bi sklopio ugovor o osiguranju ili bi pod drugačijim uvjetima sklopio ugovor o osiguranju da je znao za pravo stanje, a te su okolnosti u uzročnoj vezi s nastankom osiguranog slučaja.

Obveze ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika

Članak 16.

(1) Ugovaratelj osiguranja je dužan redovito plaćati premiju osiguranja na način i u rokovima ugovorenim u ponudi/polici.

(2) Promjene koje nastupe kod ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika, a važne su za provedbu osiguranja, ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik mora bez odgađanja javiti Osiguratelju.

Identifikacija osiguranika kod pružatelja usluga

Članak 17.

(1) Osiguranik se kod Pružatelja usluga identificira osobnom iskaznicom i policom osiguranja, a sve do izdavanja iskaznice dodatnog zdravstvenog osiguranja Osiguratelja.

(2) Iskaznica dodatnog zdravstvenog osiguranja glasi na ime osiguranika i neprenosiva je.

(3) Zloupotreba prilikom identifikacije predstavlja kazneno djelo. U slučaju da Osiguratelj otkrije zloupotrebu prilikom identifikacije ovlašten je nastali trošak usluga naplatiti od ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika. Svaku eventualnu zloupotrebu prilikom identifikacije Osiguratelj će prijaviti nadležnom državnom tijelu.

(4) U slučaju gubitka ili uništenja iskaznice trošak ponovnog izdavanja iste snosi ugovaratelj/osiguranik sukladno cjeniku osiguratelja.

(5) Gubitak ili uništenje iskaznice ugovaratelj/osiguranik je dužan bez odgađanja prijaviti Osiguratelju telefonom, fax-om ili na neki drugi način. U protivnom, trošak neovlaštenog korištenja iskaznice snosi ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik.

(6) Nakon isteka/prekida osiguranja ugovaratelj/osiguranik dužan je uništiti (prerezati) iskaznicu kako bi se spriječilo njezino neovlašteno korištenje ili istu vratiti Osiguratelju kako bi je Osiguratelj poništio.

Način obavješćivanja

Članak 18.

(1) Sve obavijesti i prijave koje je ugovaratelj osiguranja ili osiguranik obavezan učiniti prema odredbama ovih Uvjeta, ugovaratelj osiguranja ili osiguranik je dužan potvrditi na trajnom mediju pisanim putem, ako su dostavljene usmeno, telefonom, ili na koji drugi način.

(2) 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 sukladno članku 19. ovih Uvjeta.

(3) 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.

(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 zaključeni pisano.

Promjena adrese - naziva

Članak 19.

(1) Ugovaratelj osiguranja ili osiguranik je obavezan o promjeni imena i prezimena, adrese, adrese elektroničke pošte ili promjeni naziva - tvrtke i sjedišta obavijestiti Osiguratelja u roku od 15 (petnaest) dana od dana nastale promjene sukladno prethodnom članku ovih Uvjeta.

(2) Osiguratelj će kao relevantnu kontakt poštansku adresu ili adresu elektroničke pošte uzeti onu koja mu je posljednja dostavljena sukladno odredbama ovog članka.

(3) Ako ugovaratelj osiguranja ili osiguranik ne izvjesti Osiguratelja o promjenama iz stavka 1. ovog članka, Osiguratelj zadržava pravo slati obavijesti preporučenim pismom na njegovu posljednju adresu iz stavka 2. ovog članka. Sve odredbe tako poslanih obavijesti stupaju na snagu kao da ih je ugovaratelj primio, a kao dan primitka smatra se dan predaje pošti.

Promjena Uvjeta i cjenika osiguranja

Članak 20.

(1) Ako Osiguratelj za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju izmjeni Uvjete ili cjenik na temelju kojeg se mijenja premija osiguranja, 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) Ukoliko ugovaratelj osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju, sukladno stavku 2. ovog članka, smatra se da je pristao na promjene uvjeta i cjenika od datuma naznačenog u obavijesti.

Raskid ugovora o osiguranju

Članak 21.

(1) Svaka ugovorna strana, ukoliko ugovor o osiguranju nije prestao zbog ugovorenih razloga iz članka 6. stavak 7., može raskinuti ugovor o osiguranju pisanim putem sukladno članku 6. stavku 2. ovih Uvjeta. Raskid ugovora o osiguranju stupa na snagu s danom isteka ugovora o osiguranju ili sukladno članku 6. stavku 7. ovih Uvjeta.

Način korištenja prava iz police – prijava osiguranog slučaja

Članak 22.

(1) Sukladno ovim Uvjetima, osiguranik zdravstvene usluge iz članka 30. ovih Uvjeta kod pružatelja usluga naručuje telefonskim pozivom (ili e-mailom kod pružatelja usluga koji su omogućili ovakav način komunikacije) prema pružatelju usluga. Prilikom telefonskog poziva

ili slanja e-maila osiguranik je dužan identificirati se Pružatelju usluga navođenjem imena, prezimena i broja police dodatnog zdravstvenog osiguranja. Osiguranik je dužan, prije ili kod neposrednog korištenja usluge kod pružatelja usluga, istome predložiti dokument iz kojeg je razvidna preporuka liječnika za uslugu za koju osiguranik postavlja zahtjev (PZZ uputnicu ili nalaz liječnika specijaliste). Predočavanje prethodno navedenog dokumenta nije potrebno za usluge za čije korištenje, sukladno ovim Uvjetima, nije nužna medicinska indikacija.

(2) Pružatelj usluga će, u svrhu utvrđivanja postojanja medicinske indikacije i obveze Osiguratelja dostaviti Osiguratelju PZZ uputnicu ili nalaz liječnika specijaliste iz kojih je razvidna preporuka usluge za koju osiguranik postavlja zahtjev.

(3) Ako Osiguratelj temeljem uvida u priloženu PZZ uputnicu ili nalaz liječnika specijaliste utvrdi da ne postoji medicinska indikacija za traženu uslugu ili ne postoji obveza Osiguratelja sukladno ovim Uvjetima, Osiguranik ne ostvaruje pravo na korištenje usluge prema ovim Uvjetima te se obvezuje snositi eventualno nastali trošak izvršene zdravstvene usluge.

(4) Za zdravstvene usluge koje se sukladno ovim Uvjetima obavljaju izvan mreže ugovornih pružatelja usluga Osiguratelja odnosno za isplate naknada iz osiguranja Osiguranik treba popuniti odštetni zahtjev na web stranici osiguratelja: www.allianz.hr ili putem mobilne aplikacije mAllianz i dostaviti Osiguratelju.

Članak 23.

(1) Osiguranik odnosno osobe koje polažu pravo na isplatu naknade iz osiguranja sukladno ovim Uvjetima, dužni su kad nastupi osigurani slučaj, osiguratelju podnijeti pisanu prijavu u roku od 3 (tri) mjeseca od dana nastupanja.

(2) Kod prijave podnose se sljedeći dokumenti:

- prijava osiguranog slučaja na osigurateljevoj tiskanici,
- opis nastanka osiguranog slučaja,
- potpuna medicinska dokumentacija o uzroku, početku, vrsti i tijeku bolesti, kao i sva izvješća te nalazi liječnika i medicinske ustanove od kojih je osiguranik pregledan ili liječen, kao i onih kod kojih se trenutačno liječi. Potrebno je, također, priložiti otpusna pisma i drugu medicinsku dokumentaciju iz bolnica, rehabilitacijskih klinika ili lječilišta u kojima su vršeni pregledi ili liječenje prije i tijekom bolesti.

d. original računa plaćenih usluga na ime osiguranika u slučaju da se vrši povrat plaćenih iznosa.

(3) Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu, kao i tražiti da se osiguranik na trošak osiguratelja pregleda kod liječnika kojeg ovlasti osiguratelj i napravi dodatne pretrage ili dijagnostičke postupke.

(4) Dokumentacija iz točaka c. i d. stavka 2. ovoga članka podnosi se u preslikama. Troškove koji nastanu na temelju ovih odredaba snosi podnositelj prijave.

(5) Osiguranik se obvezuje na zahtjev Osiguratelja istome predati sve potrebne informacije, medicinsku i drugu dokumentaciju o svojem zdravstvenom stanju ili dati privolu kako bi Osiguratelj mogao zatražiti prije navedene podatke od zdravstvenih ustanova i liječnika kod kojih se osiguranik liječi, a koji prema prosudbi osiguratelja imaju ili bi mogli imati, uzročnu posljedičnu vezu s osiguranim slučajem. U protivnom Osiguratelj nije u obvezi izvršiti isplatu naknade iz osiguranja sve dok Osiguranik odnosno osoba koja polaže pravo na isplatu iz osiguranja ne dostavi traženu dokumentaciju.

Isplata naknade iz osiguranja

Članak 24.

(1) U slučaju kada osiguranik ostvaruje pravo na naknade temeljem ovih Uvjeta osiguranja Osiguratelj je temeljem dostavljenih računa na ime osiguranika i prateće medicinske i druge dokumentacije dužan izvršiti povrat plaćenih troškova osiguraniku odnosno izvršiti isplatu naknade iz osiguranja u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od 14 (četnaest) dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.

(2) U slučaju kada osiguranik ostvaruje pravo na naknade temeljem ovih Uvjeta izvan mreže ugovornih pružatelja usluga Osiguratelj je temeljem dostavljenih računa na ime osiguranika i prateće medicinske i druge dokumentacije dužan izvršiti povrat plaćenih troškova osiguraniku u iznosu određenom važećim cjenikom Hrvatske komore dentalne medicine, te izvršiti isplatu u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od 14 (četnaest) dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.

(3) Ako je za utvrđivanje postojanja Osigurateljeve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti naknadu iz osiguranja određenu ovim Uvjetima u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili podnositelja zahtjeva u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.

(4) Ako iznos Osigurateljeve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1. i 2. ovoga članka, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.

Članak 25.

(1) Obveza Osiguratelja je pokrivena uslugom sukladno navedenom u članku 30. ovih Uvjeta, a sve najviše do ugovorenog godišnjeg limita utvrđenog ovim Uvjetima.

(2) Ukoliko limit za korištenje odabrane usluge nije dostatan, osiguranik će platiti punu cijenu usluge kod pružatelja usluge, a Osiguratelj se obvezuje temeljem zaprimljenog računa na ime osiguranika i preslike nalaza liječnika izvršiti povrat dijela troška u visini preostalog limita za predmetnu vrstu usluga.

(3) U slučaju nemogućnosti dolaska na ugovorenu uslugu osiguranik je obavezan otkazati istu čim je saznao za nemogućnost dolaska, a najkasnije u roku 24 sata prije zakazanog termina.

(4) Ukoliko osiguranik ne otkáže zakazanu uslugu najmanje 24 sata prije ugovorenog termina Osiguratelj će iznos usluge prema cjeniku pružatelja usluga oduzeti od ukupno preostalog limita predviđenog za tu vrstu usluge.

Mjerodavno pravo

Članak 26.

(1) Na ugovor o osiguranju sklopljen prema ovim Uvjetima primjenjuju se hrvatsko pravo.

Izvansudsko rješavanje sporova

Članak 27.

(1) Stranke su suglasne sve sporove proizašle iz ugovora o osiguranju nastojati rješavati mirnim putem.

(2) Ugovaratelj osiguranja i osiguranik obvezni su o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz ugovora o osiguranju bez odgađanja izvijestiti Osiguratelja.

(3) Obavijesti iz stavka 2. ovog članka, podnositelji dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti, identitet podnositelja obavijesti i vrijeme slanja obavijesti i to na:

- adresu sjedišta Osiguratelja u Zagrebu;
- e-mailom na adresu: osiguranje@allianz.hr

(4) Svi sporovi koji proizlaze iz ugovora o osiguranju 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 pred jednom od organizacija za mirenje u Republici Hrvatskoj (primjerice, pri Hrvatskom uredu za osiguranje, pri Hrvatskoj gospodarskoj komori u Zagrebu ili Hrvatskoj udruzi poslodavaca). Ako ti sporovi ne budu riješeni mirenjem u roku od 60 (šezdeset) dana od dana podnošenja prijedloga za pokretanje postupka mirenja ili u drugom roku o kojem se stranke dogovore, stranke neće imati nikakvih obveza prema ovoj odredbi.

Nadležnost u slučaju spora

Članak 28.

U slučaju da se ne uspije postići mirno rješenje spora, za sudske sporove ugovara se nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu.

Završne odredbe

Članak 29.

Za odnose između Osiguratelja, osiguranika, ugovaratelja osiguranja i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulirani ovim Uvjetima primjenjivati će se odredbe Zakona o obveznim odnosima, Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Zakona o zdravstvenoj zaštiti te važeći podzakonski akti kojima se regulira način i uvjeti pružanja zdravstvene zaštite.

Članak 30.

Opseg osigurateljnog pokrivača

Opseg osigurateljnog pokrivača ovisi o ugovorenom paketu osiguranja Comfort 1 (bez uključenog sistematskog pregleda), Comfort 2 (s uključenim sistematskim pregledom), Extra ili Max, a isti je naveden na polici osiguranja.

Usluge koje osiguranik može koristiti bez medicinske indikacije

SISTEMATSKI PREGLED		
COMFORT 2	EXTRA	MAX
<p>Za žene: laboratorij (KKS, SE, GUK, trigliceridi, kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, bilirubin, kreatinin, AST, ALT, GGT, ureja, željezo, UIBC, TIBC, kompletni pregled urina); dijagnostika (EKG, ultrazvuk abdomena i ultrazvuk dojki); specijalistički pregledi (internist); završno mišljenje.</p> <p>Za muškarce: laboratorij (KKS, SE, GUK, trigliceridi, kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, bilirubin, kreatinin, AST, ALT, GGT, ureja, željezo, UIBC, TIBC, kompletni pregled urina, PSA iznad 45. godina); dijagnostika (EKG, ultrazvuk abdomena, ultrazvuk prostate transabdominalni); specijalistički pregledi (internist); završno mišljenje.</p> <p>Sistematski pregled osiguranik može koristiti kod ugovornih pružatelja usluga jednom za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju navedenog na polici osiguranja. Ukoliko policu osiguranja koristi više osiguranika (roditelj i djeca), sistematski pregled može koristiti isključivo osiguranik starosti iznad 18. godina.</p>		
PREGLEDI LIJEČNIKA SPECIJALISTE		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
Ukupni godišnji limit pokrivača 1.000,00 kn	Ukupni godišnji limit pokrivača 2.500,00 kn	Ukupni godišnji limit pokrivača 3.000,00 kn
<p>U pokriću su pregledi kod sljedećih specijalista: dermatovenerolog; fizijatar; ginekolog; internist (endokrinolog-dijabetolog, gastroenterolog, kardiolog, nefrolog, pulmolog); kirurg (abdominalni kirurg, opći kirurg); neurolog; oftalmolog; psihijatar; urolog; pedijatar.</p> <p>Kod svakog od prethodno navedenih liječnika specijalista Osiguranik može koristiti najviše dva pregleda u jednoj osigurateljnoj godini kod ugovornih pružatelja usluga.</p>	<p>U pokriću su pregledi kod sljedećih specijalista: dermatovenerolog; fizijatar; ginekolog; internist (endokrinolog-dijabetolog, gastroenterolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, pulmolog, alergolog-imunolog); kirurg (abdominalni, opći, kardiorakalni, maksilofacijalni, plastično-rekonstruktivni, vaskularni kirurg, neurokirurg); neurolog; oftalmolog; onkolog; psihijatar; urolog; anesteziolog; otorinolaringolog; ortoped; pedijatar.</p> <p>Kod svakog od prethodno navedenih liječnika specijalista Osiguranik može koristiti najviše dva pregleda u jednoj osigurateljnoj godini kod ugovornih pružatelja usluga.</p>	
ULTRAZVUK VAGINALNI I PAPA TEST		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
Usluge je moguće napraviti jednom u osigurateljnoj godini kod ugovornih pružatelja usluga u skladu s opsegom i limitom za preglede liječnika specijaliste i dijagnostičkih postupaka.		
mDOKTOR		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
NIJE U POKRIĆU PAKETA	<p>Usluga mDoktor omogućava osiguraniku kontakt s liječnikom putem SMS-a ili povratnim telefonskim pozivom od strane liječnika, a u svrhu pomoći s pitanjima vezanim uz zdravlje osiguranika koja ne podrazumijevaju i ne zahtijevaju fizički pregled.</p> <p>Osiguranik ima pravo na neograničeni broj SMS poruka ili telefonskih poziva tijekom trajanja osiguranja. Na uslugu mDoktor primjenjuju se Posebni uvjeti korištenja usluge mDoktor i Moj DNK screening 611-1118 koji čine sastavni dio ugovora o osiguranju.</p>	

Usluge koje osiguranik može obaviti temeljem medicinske indikacije navedene na PZZ uputnici ili nalazu liječnika specijaliste:

DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI	DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI I FIZIKALNA TERAPIJA	
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
Ukupni godišnji limit pokriva 3.000,00 kn	Ukupni godišnji limit pokriva 4.000,00 kn	Ukupni godišnji limit pokriva 5.000,00 kn
Specijalistička dijagnostika I.		
<p>Audiometrija; bris rane aerobno+antibiogram; bris nosa aerobno+antibiogram; bris ždrijela aerobno+antibiogram; bris na Mycoplasma i ureaplasma (cerviks ili mokraćna cijev); bris na Chlamydia trachomatis (urin, cerviks ili mokraćna cijev); bris na HPV (cerviks); color doppler ultrazvuk arterija; color doppler ultrazvuk karotida; color doppler ultrazvuk vena; denzitometrija; dermatoskopija mala (do 5 madeža); EEG (elektroencefalografija); EKG (elektrokardiografija); EMNG (elektromioneurografija); ergometrija; ezofagogastroduodenoskopija; fluorescein test; holter EKG-a; holter tlaka; kolonoskopija; kolposkopija; krioterapija (do 5 mjesta); mamografija; otorinoskopija; panoramska dentalna radiografija (ortopan tomogram); PAPA test; PHD (patohistološka dijagnostika); pregled biomikroskopom; pregled fundusa oka; pregled visusa; punkcija zgloba i evakuacija sadržaja; rektoskopija; RTG snimanje glave (kraniogram) s očitanjem; RTG snimanje kostiju u dvije projekcije s očitanjem; RTG snimanje prsnih organa (pluća i srce) u jednom ili dva smjera s očitanjem; RTG snimka L-S (lumbo-sakralne) kralježnice s očitanjem; RTG snimka torakalne kralježnice s očitanjem; RTG snimka vratne kralježnice s očitanjem; Schirmer test; spirometrija; TCD VB sliva (transkranijски color doppler vertebro-bazilarnog sliva); tonometrija (mjerenje očnog tlaka); ultrazvuk+CD (color doppler) bubrega; ultrazvuk+CD (color doppler) penisa; ultrazvuk+CD (color doppler) srca; ultrazvuk aksila (pazuha); ultrazvuk+CD (color doppler) dojki; ultrazvuk bubrega; ultrazvuk dojki; ultrazvuk lokomotornog (zglobno-koštanog) sustava; ultrazvuk mokraćnog mjehura; ultrazvuk oka; ultrazvuk prostate transabdominalni; ultrazvuk prostate transrektalni; ultrazvuk štitnjače; ultrazvuk testisa; ultrazvuk abdomena (trbuha); ultrazvuk vaginalni; ultrazvuk vaginalni+CD (color doppler); ultrazvuk vrata; urinokultura.</p> <p>Svaku uslugu iz popisa Specijalistička dijagnostika I. osiguranik može koristiti najviše jednom u osigurateljnoj godini kod ugovornih pružatelja usluga</p>		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
Specijalistička dijagnostika II.		
<p>MR (magnetska rezonanca) Regije: mozak, hipofiza, sinusi, orbita, vrat, rame, dojka, kralježnica, abdomen (trbuh), zdjelica, lakat, šaka, koljeno - bez kontrasta CT (kompjutorizirana tomografija) Regije: glava/mozak, vrat, prsni koš/torax, rame, kralježnica, abdomen (trbuh), zdjelica, lakat, šaka, koljeno - bez kontrasta. U jednoj osigurateljnoj godini osiguranik može napraviti jednu regiju MR-a ili CT-a kod ugovornih pružatelja usluga.</p>	<p>MR (magnetska rezonanca) Regije: mozak; hipofiza; sinusi; orbita; vrat; rame; dojka; kralježnica; abdomen (trbuh); zdjelica; lakat; šaka; koljeno - bez kontrasta CT (kompjutorizirana tomografija) Regije: glava/mozak; vrat; prsni koš/torax; rame; kralježnica; abdomen (trbuh); zdjelica; lakat; šaka; koljeno - bez kontrasta. U jednoj osigurateljnoj godini osiguranik može napraviti najviše snimke dvije regije (MR-a ili CT-a) kod ugovornih pružatelja usluga.</p>	
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
Laboratorijska dijagnostika I.		
<p>ALP (alkalna fosfataza); ALT (alanin-aminotransferaza); AMS (α-amilaza-serum/plazma); APTV (aktivirano parcijalno tromboplastinsko vrijeme); AST (aspartat-aminotransferaza); bilirubin konjugirani; bilirubin ukupni; Ca (kalcij ukupni); CK (kreatinin-kinaza); CRP (C-reaktivni protein); Fbg (fibrinogen aktivnost); Fe (željezo); feritin; GGT (gama-glutamilttransferaza); GUK (glukoza); HbA1c (hemoglobin A1c); HDL kolesterol; hemoglobin (okultno krvarenje-stolica); K (kalij); KKS (kompletna krvna slika); klirens kreatinina standardni; kolesterol ukupni; kreatinin; LDL kolesterol; Mg (magnezij ukupni); Na (natrij); OGTT (test oralne podnošljivosti glukoze); PV udjel (protrombinsko vrijeme); SE (brzina sedimentacije eritrocita); sediment (mokrać); test traka (mokrać); TIBC (ukupni kapacitet vezanja željeza); trigliceridi; UIBC (nezasićeni kapacitet vezanja željeza); urati; ureja. Svaku uslugu iz popisa Laboratorijska dijagnostika I. osiguranik može koristiti najviše dva puta u osigurateljnoj godini kod ugovornih pružatelja usluga.</p>		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
Laboratorijska dijagnostika II.		
<p>AFP (α-1-fetoprotein); CA-15-3 (ugljikohidratni antigen 15-3); CA 19-9 (ugljikohidratni antigen 19-9); CA-125 (ugljikohidratni antigen 125); CEA (karcinoembrionalni antigen); CYFRA 21-1 (citokeratinski fragment); HCG β (slobodna β podjedinica korionskog gonadotropina); NSE (neuron specifična enolaza); tPSA (ukupni prostata specifični antigen); fPSA (slobodni prostata specifični antigen); Tg (tiroglobulin); FSH (folikostimulirajući hormon - Folitropin); LH (luteinizirajući hormon - Lutropin); PRL (prolaktin); TSH (tiroidni stimulirajući hormon - Tireotropin); T4 (ukupni tiroksin); FT4 (slobodni tiroksin); T3 (ukupni trijodtironin); FT3 (slobodni trijodtironin); E2 (17-β-estradiol); progesteron; testosteron ukupni; inzulin. Svaku uslugu iz popisa Laboratorijska dijagnostika II. osiguranik može koristiti najviše jednom u osigurateljnoj godini kod ugovornih pružatelja usluga.</p>		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
Fizikalna terapija		
NIJE U POKRIĆU PAKETA	Fizikalna terapija obuhvaća pravo osiguranika na ambulantnu fizikalnu terapiju po utvrđenoj medicinskoj indikaciji 1 ciklus do 10 dana do najviše 3 procedure dnevno. Iz pokriva je izuzeta fizikalna terapija koja se provodi stacionarno. Boravak se smatra stacionarnim ukoliko osiguranik boravi u ustanovi (bolnica, toplice i sl.) najmanje 24h. Fizikalnu terapiju osiguranik može koristiti jednom godišnje kod ugovornih pružatelja usluga.	

Moj DNK screening		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
NIJE U POKRIĆU PAKETA	<p>Pokriće obuhvaća DNK analizu sline osiguranika u svrhu probira kojim se utvrđuje rizik oboljenja od sljedećih nasljednih oblika karcinoma za žene i muškarce: dojka, želudac, bubrezi, višestruka endokrina neoplazija, štitnjača, paratireoidna žlijezda, neurofibromatoza, feokromocitom, obiteljska paraganglioma, retinoblastom, melanom, kondrosarkom, debelo crijevo, gušterača.</p> <p>Za žene: jajnici i endometrij. Za muškarce: prostata.</p> <p>Testiranje se može provesti pod uvjetom da je jedan od osiguranikovih bioloških roditelja nakon početka osiguranja i isteka karence obolio od jednog od prije navedenih oblika karcinoma, a uz uvjet dostave Osiguratelju potrebne medicinske dokumentacije iz koje se nedvojbeno može utvrditi postavljena dijagnoza jednog od prije navedenih karcinoma.</p> <p>Pravo na korištenje DNK analize osiguranik može iskoristiti jednom tijekom života osiguranika. Ukoliko policu osiguranja koristi više osiguranika (roditelj i djeca), Moj DNK screening može koristiti isključivo osiguranik starosti iznad 18. godina. Na uslugu Moj DNK screening primjenjuju se Posebni uvjeti korištenja usluge mDoktor i Moj DNK screening 611-1118 koji čine sastavni dio ugovora o osiguranju.</p>	

Osiguranik ostvaruje pravo na sljedeće naknade iz osiguranja

NAKNADA ZA BORAVAK U BOLNICI USLIJED NEZGODE ILI BOLESTI		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
Naknada iznosi 50 kn po danu liječenja u bolnici	Naknada iznosi 100 kn po danu liječenja u bolnici	Naknada iznosi 100 kn po danu liječenja u bolnici
Naknada se isplaćuje od 4. (četvrtog) dana boravka u bolnici, a najviše do 30 (trideset) dana u jednoj osigurateljnoj godini. Prava i obveze osiguranika temeljem ugovorene Naknade za boravak u bolnici definirane su odredbama Posebnih uvjeta za osiguranje dnevne naknade za liječenje u bolnici u DZO paketu osiguranja 605-0418 koji čine sastavni dio ugovora o osiguranju.		
NAKNADA ZA OPREMU NOVOROĐENOG/POSVOJENOG DJETETA		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
Naknada iznosi 750,00 kn godišnje po djetetu, a do ukupne godišnje svote od 1.500,00 kn u jednoj osigurateljnoj godini odnosno najviše za dvoje novorođene/posvojene djece	Naknada iznosi 1.500,00 kn godišnje po djetetu, a do ukupne godišnje svote od 3.000,00 kn u jednoj osigurateljnoj godini odnosno najviše za dvoje novorođene/posvojene djece.	Naknada iznosi 3.000,00 kn godišnje po djetetu, a do ukupne godišnje svote od 6.000,00 kn u jednoj osigurateljnoj godini odnosno najviše za dvoje novorođene/posvojene djece.
Naknada se isplaćuje majci ili ocu osiguraniku za dijete rođeno ili posvojeno tijekom trajanja osiguranja. Naknada se isplaćuje pod uvjetom da je trudnoća započela nakon početka osiguranja i da je predviđeni termin poroda, utvrđen od strane ovlaštenog liječnika, bio najmanje 9 (devet) mjeseci od dana početka osiguranja odnosno da je postupak posvojenja djeteta završio nakon protoka karence. Naknada će se isplatiti i za prijevremeno rođeno dijete ako je iz relevantne medicinske dokumentacije vidljivo da je predviđeni termin poroda trebao biti najmanje 9 (devet) mjeseci od dana početka osiguranja.		
NAKNADA ZA DENTALNE POSTUPKE		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
NIJE U POKRIĆU PAKETA	Ukupni godišnji limit pokriva 2.000,00 kn	Ukupni godišnji limit pokriva 3.000,00 kn
Naknada se isplaćuje isključivo za dentalne postupke neophodne i medicinski indicirane za liječenje stanja nastalih kao posljedica nezgode. Dijagnoza mora biti postavljena neposredno nakon nastupa nezgode odnosno u razumnom roku nakon nastupa nezgode (npr. nakon završenog bolničkog liječenja). Osiguratelj vrši povrat troškova po dostavljenim računima osiguranika koji glase na njegovo ime temeljem medicinske i druge dokumentacije o nastupu nezgode, a uz sudjelovanje osiguranika u visini 30% od cijene izvršenih dentalnih postupaka (30% po svakom ispostavljenom računu). Isplata i sudjelovanje za uslugu navedenu na dostavljenom računu se obračunavaju na osnovu iznosa određenog važećim cjenikom Hrvatske komore dentalne medicine.		
NAKNADA ZA MALE OPERATIVNE ZAHVATE		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
NIJE U POKRIĆU PAKETA	Ukupni godišnji limit pokriva 4.000,00 kn	Ukupni godišnji limit pokriva 5.000,00 kn
Naknada se isplaćuje za medicinski indicirane male operativne zahvate i to: Chalazion (ječmenac); ekscizija dobroćudnog tumora kože; elektrokoagulacija cerviksa; endoskopska polipektomija probavnog trakta; frenulotomija penisa; incizija gnojnih procesa kože i potkožnog tkiva; odstranjivanje nokta; operacija analne fistule; operacija hemoroida (skleroterapija); operacija perianalne fistule. Ovo pokriva se ne primjenjuje za kozmetičke ili plastično rekonstruktivne zahvate. Svaki zahvat iz gornjeg popisa malih operativnih zahvata osiguranik može koristiti najviše jednom u osigurateljnoj godini. Osiguratelj vrši povrat troškova temeljem dokumenta iz kojeg je vidljiva medicinska indikacija za obavljeni zahvat i temeljem dostavljenog računa koji glasi na ime osiguranika. Naknada po pojedinom osiguranom slučaju odnosno zahvatu iznosi najviše 500,00 kn.		
NAKNADA ZA APARTMANSKI SMJEŠTAJ ILI JEDNOKRETVETNU SOBU ZA LIJEČENJE U BOLNICI USLIJED BOLESTI ILI NEZGODE		
COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
NIJE U POKRIĆU PAKETA	NIJE U POKRIĆU PAKETA	Ukupni godišnji limit pokriva 3.500,00 kn
Navedeno pravo osiguranik ostvaruje na temelju dostavljenog i plaćenog računa bolničkog liječenja izdanog na njegovo ime. Uz račun, osiguratelj ima pravo za potrebe refundacije troškova zatražiti i potrebnu pripadajuću medicinsku dokumentaciju. Pravo na refundaciju nastalih troškova osiguranik ostvaruje i za boravak u apartmanskom smještaju ili jednokrevetnoj sobi uz svoje dijete/djecu, a pod uvjetom da je dijete/djeca osigurano/a kao dodatni član/ovi na polici osiguranika.		

COMFORT 1 I 2	EXTRA	MAX
Dopunsko pokriće za nastup srčanog udara		
<p>Ukoliko je na polici osiguranja posebno ugovoreno i dopunsko pokriće za nastup srčanog udara Osiguratelj se obvezuje za nastup srčanog udara (infarkta miokarda) za vrijeme trajanja osiguranja isplatiti osiguraniku jednokratnu naknadu tijekom trajanja ugovora o osiguranju u visini od 20.000 kn, a pod uvjetom da osiguranik nije umro u prvih trideset (30) dana od dana nastanka bolesti. Ukoliko smrt osiguranika nastupi nakon isteka 30 (trideset) dana od dana kada je nastupio srčani udar, a obavljene su sve pretrage koje potvrđuju nastanak osiguranog slučaja, naknada iz osiguranja isplatit će se zakonskim nasljednicima osiguranika sukladno pravomoćnom rješenju o nasljeđivanju.</p> <p>Sukladno ovim Uvjetima srčani udar je nepovratno propadanje srčanog mišića uzrokovano neadekvatnom krvnom opskrbom relevantnog područja.</p> <p>U slučaju nastupa osiguranog slučaja, uz otpusno pismo, osiguranik obvezno prilaže dokaze na temelju kojih je od strane liječnika specijaliste dijagnosticiran srčani udar, a minimalno EKG i laboratorijske nalaze iz kojih su razvidni rezultati CK-MB-a.</p> <p>Iz pokrića su isključeni stabilna i nestabilna angina pectoris i tihi srčani udar.</p> <p>Ovo dopunsko pokriće osiguranik može koristiti jednom za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju navedenog na polici osiguranja. Ukoliko policu osiguranja koristi više osiguranika (roditelj i djeca), naknadu za nastup srčanog udara može koristiti isključivo osiguranik starosti iznad 18. godina.</p>		
Dopunsko pokriće za nastup moždanog udara		
<p>Ukoliko je na polici osiguranja posebno ugovoreno i dopunsko pokriće za nastup moždanog udara Osiguratelj se obvezuje za nastup moždanog udara za vrijeme trajanja osiguranja isplatiti osiguraniku jednokratnu naknadu tijekom trajanja ugovora o osiguranju u visini 20.000 kn, a pod uvjetom da osiguranik nije umro u prvih trideset (30) dana od dana nastanka bolesti. Ukoliko smrt osiguranika nastupi nakon isteka 30 (trideset) dana od dana kada je dijagnosticirana bolest, a obavljene su sve pretrage koje potvrđuju nastanak osiguranog slučaja, naknada iz osiguranja isplatit će se zakonskim nasljednicima osiguranika sukladno pravomoćnom rješenju o nasljeđivanju. Sukladno ovim uvjetima moždani udar je rezultat cerebrovaskularnog incidenta koji je uzrokovan poremećajem cirkulacije krvi kroz mozak zbog infarkta mozga, hemoragije ili embolije iz ekstrakranijalnog izvora, dokazano pomoću CT-a, magnetske rezonance ili neke druge relevantne tehnologije u tom području.</p> <p>U slučaju nastupa osiguranog slučaja, uz otpusno pismo, osiguranik obvezno prilaže dokaze na temelju kojih je od strane liječnika specijaliste dijagnosticiran moždani udar, a minimalno snimke kompjutorizirane tomografije (CT) i/ili magnetske rezonance (MR).</p> <p>Isključena su stanja koja su posljedica oštećenja mozga kao posljedice ranije traume, epilepsije, tumora mozga, upalnih procesa mozga, upalnih i/ili vaskularnih bolesti koje oštećuju vidni živac i vestibularni sustav, TIA- ishemičnog poremećaja koji uzrokuje prolazni neurološki deficit.</p> <p>Ovo dopunsko pokriće osiguranik može koristiti jednom za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju navedenog na polici osiguranja. Ukoliko policu osiguranja koristi više osiguranika (roditelj i djeca), naknadu za nastup moždanog udara može koristiti isključivo osiguranik starosti iznad 18. godina.</p>		
Dopunsko pokriće Kućna njega		
<p>Kućna njega obuhvaća pravo osiguranika na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kućnu njegu nakon nezgode ili bolesti - do iznosa u protivvrijednosti od 1.000 EUR i u vremenskom periodu ne dužem od 6 tjedana od trenutka nastanka nesretnog slučaja, odnosno od trenutka završetka stacionarnog liječenja (hospitalizacije). 2. Psihološku pomoć nakon nezgode - jednokratnu telefonsku psihološku pomoć od strane stručne osobe 3. Posjet bliske osobe nakon nezgode - troškovi putovanja u zemlji u protivvrijednosti do najviše od 600 EUR. 4. Drugo liječničko mišljenje - u protivvrijednosti do najviše 1.000 EUR. <p>Prava i obveze osiguranika temeljem ugovorene Naknade za kućnu njegu definirane su odredbama Uvjeta za korištenje usluge " Kućna njega" 474-0511 koji čine sastavni dio ugovora o osiguranju.</p> <p>Ukoliko policu osiguranja koristi više osiguranika (roditelj i djeca), pokriće Kućne njege može koristiti isključivo osiguranik starosti iznad 18. godina.</p>		

Primjena Uvjeta

Članak 31.

Ovi Uvjeti primjenjuju se na ugovore o osiguranju sklopljene od 15. ožujka 2019. godine.