

POSEBNI UVJETI ZA PROGRAM DODATNO EXPERT

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Uz Opće uvjete za dodatno zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: Opći uvjet*) sastavni dio Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju kojeg Ugovaratelj osiguranja sklapa s Wiener osiguranjem Vienna Insurance Group d.d. (*u daljnjem tekstu: Osiguratelj*) su i Posebni uvjeti za program DODATNO Expert (*u daljnjem tekstu: Posebni uvjeti*) za osiguranje većeg opsega prava i višeg standarda zdravstvene zaštite u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

(2) Prava navedena u Posebnim uvjetima pripadaju isključivo Osiguraniku te se ne mogu prenositi na druge osobe. Izrazi koji se koriste u ovim Posebnim uvjetima, a imaju rodno značenje koriste se neutralno i odnose se jednako na muški i ženski rod.

Članak 2.

(1) Osiguranik ostvaruje prava na medicinski indicirane medicinske usluge prema ovih Posebnih uvjeta u dogovoru s Ovlaštenim radnikom Osiguratelja temeljem Uputnice.

(2) Na zahtjev ovlaštenog radnika Osiguratelja, Osiguranik je dužan dostaviti na uvid relevantnu medicinsku dokumentaciju iz koje će se moći utvrditi postojanje medicinske indikacije za zatraženu medicinsku uslugu.

(3) Ukoliko se uvidom u dostavljenu medicinsku dokumentaciju utvrdi da ne postoji medicinska indikacija za traženu uslugu, Osiguranik ne može ostvariti pravo na korištenje medicinske usluge prema ovim Posebnim uvjetima.

(4) Iznimno od stavka 1. ovih Posebnih uvjeta Osiguranici imaju pravo na preventivnu zdravstvenu zaštitu (sistematski pregled) te medicinske usluge preventivnog karaktera bez medicinske indikacije i to kako slijedi: ginekološki pregled jednom godišnje, vaginalni ultrazvuk jednom godišnje, Papanicolau PAPA test jednom godišnje, ultrazvuk dojki jednom u dvije godine, mamografija iznad 40. godine jednom u dvije godine, ultrazvuk prostate jednom u dvije godine te PSA iznad 40. godine jednom u dvije godine, a sve u skladu s opsegom osigurateljnog pokrivača iz članka 3. ovih Posebnih uvjeta.

II. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 3.

(1) Osiguranik, temeljem ovih Posebnih uvjeta, ima pravo u dogovoru sa ovlaštenim radnikom Osiguratelja na:

1. sistematski pregled jednom godišnje ili jednom u dvije godine prema sadržaju navedenom u članku 5. ovih Posebnih uvjeta. Dinamika korištenja sistematskog pregleda naznačena je na Polici osiguranja.
2. preglede kod liječnika određenih specijalnosti navedenih u članku 6. ovih Posebnih uvjeta do ukupnog godišnjeg iznosa od 2.000,00 kn;
3. usluge Specijalističke dijagnostike, usluge Laboratorijske dijagnostike i Laboratorijske dijagnostike: hormoni i tumorski markeri, navedene u člancima 7, 9 i 10. prema indikaciji liječnika specijaliste do ukupnog godišnjeg iznosa (sve zajedno) od 3.000,00 kn;
4. MR ili CT pretraga, uz očitavanje, prema indikaciji liječnika specijaliste, jednom godišnje do dvije regije;
5. Male operativne zahvate navedene u članku 11. do ukupnog godišnjeg iznosa od 3.000,00 kn;
6. Usluge ambulantne fizikalne terapije, jedan ciklus do 10 dana, do najviše 5 procedura po danu.

(2) Za sve usluge iz stavka 1. ovog članka ugovara se karenca u trajanju od 15 dana. Karenca se ne primjenjuje kod obnove Ugovora o osiguranju ili kod prelaska Osiguranika od drugog

Osiguratelja uz uvjet da nije prošlo više od 30 dana od prestanka prethodnog Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju.

(3) Osim usluga iz stavka 1. ovog članka, Osiguranik ostvaruje pravo i na usluge iz Specijalističkog poola u slučaju grupnog osiguranja, ukoliko se tako ugovori.

(4) Ukoliko se ugovori nadoplatni program DODATNO Expert, pokriće nadoplatnog programa se utvrđuje kao razlika između pokrivača polaznog programa DODATNO Standard i programa DODATNO Expert.

(5) Nadoplatni program DODATNO Expert ugovara se kao individualno osiguranje, može se ugovoriti isključivo ukoliko je prethodno ugovoren polazni program DODATNO Standard kao grupno osiguranje.

(6) Nadoplatni program DODATNO Expert prati sudbinu polaznog programa dodatnog zdravstvenog osiguranja, u smislu početka i završetka trajanja osiguranja. Iznimno, ukoliko je polazni program ugovoren kao višegodišnje osiguranje, nadoplatni program se može ugovoriti na početku nove osigurateljne godine.

Članak 4.

(1) Obveza Osiguratelja je pokriće usluga iz članka 3. ovih Posebnih uvjeta u 100% iznosu u skladu s Ugovorom o poslovnoj suradnji s Provoditeljem medicinskih usluga osim u slučaju kada Ugovaratelj osiguranja ugovora samoprizržaj (franzizu) pri čemu je obveza Osiguratelja umanjena za iznos koji na sebe preuzima Osiguranik.

(2) Iznos samoprizržaja naznačen je na Polici osiguranja te na uputnici temeljem koje Osiguranik ostvaruje pravo na medicinsku uslugu.

Članak 5.

(1) Sistematski pregled za žene sastoji se od:

- pregleda liječnika specijaliste;
- laboratorijskih pretraga: sedimentacija, KKS, GUK, ukupni kolesterol, HDL, LDL, trigliceridi, kompletna pretraga urina, bilirubin, kreatinin, AST, ALT, GGT, AP, mokraćna kiselina;
- EKG-a; ultrazvuka abdomena;
- pregleda oftalmologa iznad 40 godine;
- pregleda ginekologa, vaginalnog ultrazvuka i Papanicolau PAPA testa;
- ultrazvuka dojki do 40 godine;
- mamografije nakon 40 godine.

(2) Sistematski pregled za muškarce sastoji se od:

- pregleda liječnika specijaliste;
- laboratorijskih pretraga: sedimentacija, KKS, GUK, ukupni kolesterol, HDL, LDL, trigliceridi, kompletna pretraga urina, bilirubin, kreatinin, AST, ALT, GGT, AP, mokraćna kiselina;
- EKG-a; ultrazvuka abdomena;
- pregleda oftalmologa iznad 40 godine;
- ultrazvuka prostate i PSA iznad 40 godine.

(3) Sistematski pregled se obavlja kod Provoditelja usluga Osiguratelja temeljem Uputnice koju izdaje Ovlašteni radnik osiguratelje.

Članak 6.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na specijalističke preglede do ukupnog iznosa iz članka 3. stavak 1. točka 2., a može ih obaviti kod specijalista kao slijedi:

- internist (kardiolog, nefrolog, endokrinolog, gastroenterolog, pulmolog, hematolog); neurolog; oftalmolog; ortoped; dermatovenerolog; ginekolog; fizijatar; otorinolaringolog; urolog; specijalist nuklearne medicine; kirurg; radiolog; anesteziolog; onkolog; neurokirurg; specijalist medicine rada.

Članak 7.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na Specijalističku dijagnostiku do ukupnog iznosa iz članka 3. stavak 1. točka 3., a uključuje usluge kako slijedi:

- Alergološko testiranje (kožni prick test) do 20 alergena; Audiometrija; Biopsija; Biopsija uz endoskopiju; Bris cerviksa na Chlamidiju; Bris cerviksa na HPV; Bris cerviksa na Mycoplasma i Ureaplasma; Brisevi (oko, uho, nos, ždrijelo, uretra, vagina, cerviks, koža, rana, nokti); Bronhoskopija; Brzi Helicobacter pylori test (uz biopsiju); Cistografija; Cistoskopija; Citološka obrada punktata; Color Doppler karotida i vertebralnih arterija; Color Doppler perifernih arterija i perifernih vena; Denzitometrija; Dermatoskopija (mala); Dinamička scintigrafija bubrega; Dokaz bakterija (aerobno i anaerobno) + antibiogram; EEG – elektroencefalografija; EKG – elektrokardiografija; EKG – Holter; EMNG - elektromioneurografija donjih ekstremiteta; EMNG - elektromioneurografija gornjih ekstremiteta; Ergometrija; EVP - evocirani potencijali; Fiberendoskopija; Flebografija; Fundus oka; Funkcionalne RTG snimke; Gastroskopija; Holter krvnog tlaka; IVP - Intravenska pijelografija; Irigografija; Keratometrija; Kolonoskopija; Kolposkopija; Kompjuterizirana perimetrija; Laringoskopija; Mamografija; MCUG - mikcijska cistouretografija; Mikološki brisevi; OCT - optička koherencijska tomografija; Oftalmoskopija; Papanicolau PAPA test; Papanicolau PAPA test i stupanj čistoće; Pasaža crijeva; PHD - patohistološka dijagnostika; Punkcija pod kontrolom ultrazvuka; Radiološka obrada organa prsne šupljine (do 2 pozicije) s očitanjem; Radiološka obrada organa trbušne šupljine (nativna) s očitanjem; Rektoskopija; RTG želuca; RTG snimanje koštanog sustava (do 2 pozicije) s očitanjem; Specijalne RTG snimke; Spirometrija; TCD - transkranijalni doppler; Tonometrija; TRUZ - Transrektalni ultrazvuk prostate; Ureteropijelografija; Urodinamika; Uroflow; Ultrazvuk dojki; Ultrazvuk abdomena; Ultrazvuk Color Doppler srca i krvnih žila; Ultrazvuk mišića i tetiva; Ultrazvuk oka; Ultrazvuk prostate; Ultrazvuk štitnjače; Ultrazvuk vaginalnom sondom; Ultrazvuk zglobno koštanog sustava; Ultrazvuk pazuha; Ultrazvuk prepona; Ultrazvuk testisa; Ultrazvuk vrata; 3D/4D Ultrazvuk; Vaginalni Color Doppler; Vidno polje.

Članak 8.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na Posebnu radiološku dijagnostiku u količini iz članka 3. stavak 1. točka 4., a uključuje usluge kako slijedi:

- MR- magnetska rezonanca do dvije regije ili CT- kompjuterizirana tomografija do dvije regije s uključenim kontrastnim sredstvom ukoliko se isto koristi.

Članak 9.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na Laboratorijsku dijagnostiku do ukupnog iznosa iz članka 3. stavak 1. točka 3. što uključuje usluge kako slijedi:

- Acidum uricum; Albumin; ALT - alanin-amiottransferaza, jetreni enzim; Al – aluminij; Amilaza; ANA - antinuklearna antitijela; Anorganski fosfati; Anti CCP - antitijela na ciklički citruinski peptid; Antistreptolizinski titar; AP - alkalna fosfataza; APTV - aktivirano parcijalno tromboplastinsko vrijeme; AST - aspartat amiottransferaza, jetreni enzim; ASTA - antistafilolizinska antitijela; Antitijela na Helicobacter pylori; Bakar; Bilirubin; Bris ždrijela s antibiogramom; C3 – komplement; C4 – komplement; Cink; CK - kreatin kinaza; CK-MB - kreatin kinaza srčani izoenzim; CRP - C reaktivni protein; DKS - diferencijalna krvna slika; Feritin; Fibrinogen; Fosfor (krv,urin); GGT - gamaglutamil transferaza; GUK - glukoza u krvi; Haemocult test; HbA1c - glikirani hemoglobin; HDL-kolesterol; Helicobacter pylori u stolici; Homocistein; Htc – hematokrit; IgA - imunoglobulin A; IgG -

imunoglobulin G; IgM - imunoglobulin M; Ca - kalcij (krv,urin); Kalcitonin; K – kalij; KKS - kompletna krvna slika; Klirens kreatinina; Kloridi (serum, znoj); Kolesterol; Kompletna pretraga urina; Konjugirani bilirubin; Kreatinin; Krvna grupa i Rh faktor; LDH - laktat dehidrogenaza; LDL-kolesterol; Mg - magnezij ukupni, Na – natrij; OGTT - oralni test tolerancije glukoze; Olovo; Osteokalcin; Proteini; Proteini – elektroforeza; PV - protrombinsko vrijeme; RAST - radioalergosorbentni test; Retikulociti; RF - reuma faktor; RIST - radioimunosorbentni test; SE – sedimentacija; Stolica bakteriološki; Stolica na ciste i parazite; Stolica na viruse; TIBC - ukupni kapacitet vezivanja željeza; TR – trombociti; Transferin; Trigliceridi; Troponin; UIBC - nezasićeni kapacitet vezivanja željeza; Urea; Urea izdisajni test (Helicobacter pylori); Urin citološki, 3 uzimanja; Urinokultura; Vrijeme krvarenja; Vrijeme zgrušavanja; Waaler Rose test; Fe – željezo.

Članak 10.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na Laboratorijsku dijagnostiku: hormoni i tumorski markeri do ukupnog iznosa iz članka 3. stavak 1. točka 3, a uključuje usluge kako slijedi:

- AFP - alfa fetoprotein, tumorski biljeg za jetru; Anti Tg- antitijela na tiroglobulin; Anti TPO- antitijela štitnjače; Beta HCG- humani korionski gonadotropin; Ca 125 - tumorski biljeg za jajnike; Ca 15-3 - tumorski biljeg za dojke; Ca 19-9 - tumorski biljeg za crijeva i gušteraču; Ca 72-4 - tumorski biljeg za želudac; CEA - karcinoembrionalni antigen, tumorski biljeg za crijevo; Cyfra 21-1; DHEA-s - dehidro-epi-androstendion; E2 (estradiol); fPSA - slobodna frakcija PSA; FSH – folikul; fT3 - slobodna frakcija T3; fT4 - slobodna frakcija T4; HE 4 - Human Epididymal Protein; LH - luteotropni hormon; NSE- neuron specifična enolaza; NMP 22 - Nuclear Matrix Protein Number 22; Progesteron; Prolaktin; PSA - prostata specifični antigen; PTH – parathormon; S-100 protein; Testosteron; T3, T4, TSH - trijodtironin, tiroksin, tireotropni hormon.

Članak 11.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na male operativne zahvate do ukupnog iznosa iz članka 3. stavak 1. točka 5, a uključuje usluge kako slijedi:

- Ekscizije: ateromi, lipomi, fibromi, veruke; Ekskohleacija; Elektrokoagulacija cerviksa; Endoskopska polipektomija probavnog trakta; Incizija apscesa, furunkula; Krioterapija: veruke i kondilomi; Laserska operacija hemeroida; Sklerozacija vena i kapilara; Termokauterizacija; Odstranjivanje nokta ili dijela nokta uz lokalnu anesteziju.

Članak 12.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na jedan ciklus Ambulantne fizikalne terapije godišnje, u trajanju do 10 dana, do najviše 5 standardnih procedura u jednom danu, a prema indikaciji liječnika specijaliste.

III. ZAVRŠNA ODREDBA

Članak 13.

- (1) Ovi Posebni uvjeti vrijede samo uz Opće uvjete.
- (2) Na sve što nije uređeno ovim Posebnim uvjetima primjenjuju se odredbe Općih uvjeta.
- (3) Ovi Posebni uvjeti Primjenjuju se od 25. svibnja 2018. godine.

POSEBNI UVJETI ZA PROGRAM DODATNO STANDARD

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Uz Opće uvjete za dodatno zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: Opći uvjeti*) sastavni dio Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju kojeg Ugovaratelj osiguranja sklapa s Wiener osiguranjem Vienna Insurance Group d.d. (*u daljnjem tekstu: Osiguratelj*) su i Posebni uvjeti za program DODATNO Standard (*u daljnjem tekstu: Posebni uvjeti*) za osiguranje većeg opsega prava i višeg standarda zdravstvene zaštite u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

(2) Prava navedena u ovim Posebnim uvjetima pripadaju isključivo Osiguraniku te se ne mogu prenositi na druge osobe. Izrazi koji se koriste u ovim Posebnim uvjetima, a imaju rodno značenje koriste se neutralno i odnose se jednako na muški i ženski rod.

Članak 2.

(1) Osiguranik ostvaruje prava na medicinski indicirane medicinske usluge prema ovim Posebnim uvjetima u dogovoru s Ovlaštenim radnikom Osiguratelja, a temeljem Uputnice.

(2) Na zahtjev Ovlaštenog radnika Osiguratelja, Osiguranik je dužan dostaviti na uvid relevantnu medicinsku dokumentaciju iz koje će se moći utvrditi postojanje medicinske indikacije za zatraženu medicinsku uslugu.

(3) Ukoliko se uvidom u dostavljenu medicinsku dokumentaciju utvrdi da ne postoji medicinska indikacija za traženu uslugu, Osiguranik ne može ostvariti pravo na korištenje medicinske usluge prema ovim Posebnim uvjetima.

(4) Iznimno od stavka 1. ovih Posebnih uvjeta Osiguranici imaju pravo na preventivnu zdravstvenu zaštitu (sistematski pregled) te medicinske usluge preventivnog karaktera bez medicinske indikacije i to kako slijedi: ginekološki pregled jednom godišnje, vaginalni ultrazvuk jednom godišnje, Papanicolau PAPA test jednom godišnje, ultrazvuk dojki jednom u dvije godine, mamografiju za osobe iznad 40. godine jednom u dvije godine, ultrazvuk prostate jednom u dvije godine te PSA za osobe iznad 40. godine jednom u dvije godine, a sve u skladu s opsegom osigurateljnog pokrivača iz članka 3. ovih Posebnih uvjeta.

II. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 3.

(1) Osiguranik, temeljem ovih Posebnih uvjeta, ima pravo u dogovoru sa Ovlaštenim radnikom Osiguratelja na:

1. sistematski pregled jednom godišnje ili jednom u dvije godine prema sadržaju navedenom u članku 5. ovih Posebnih uvjeta. Dinamika korištenja sistematskog pregleda naznačena je na Polici osiguranja.
2. preglede kod liječnika određenih specijalnosti navedenih u članku 6. ovih Posebnih uvjeta do ukupnog godišnjeg iznosa od 1.000,00 kn;
3. usluge Specijalističke dijagnostike i usluge Laboratorijske dijagnostike i Laboratorijske dijagnostike: hormoni i tumorski markeri navedene u člancima 7., 8. i 9. prema indikaciji liječnika specijaliste do ukupnog godišnjeg iznosa (sve zajedno) od 2.000,00 kn;

(2) Za sve usluge iz stavka 1. ovog članka ugovara se karenca u trajanju od 15 dana. Karenca se ne primjenjuje kod obnove Ugovora o osiguranju ili kod prelaska Osiguranika od drugog Osiguratelja uz uvjet da nije prošlo više od 30 dana od prestanka prethodnog Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju.

(3) Osim usluga iz stavka 1. ovog članka, Osiguranik ostvaruje pravo i na usluge iz Specijalističkog poola u slučaju grupnog osiguranja, ukoliko se tako ugovori.

(4) Ukoliko je ugovoreno grupno osiguranje iz programa DODATNO Standard, Osiguranik ima mogućnost ugovaranja individualne nadoplatne police u skladu s Posebnim uvjetima za program DODATNO Expert.

Članak 4.

(1) Obveza Osiguratelja je pokriće usluga iz članka 3. ovih Posebnih uvjeta u 100% iznosu u skladu s ugovorom o poslovnoj suradnji s Provoditeljem medicinskih usluga osim u slučaju kada Ugovaratelj osiguranja ugovori samopridržaj (franšizu) pri čemu je obveza Osiguratelja umanjena za iznos koji na sebe preuzima Osiguranik.

(2) Iznos samopridržaja naznačen je na Polici osiguranja te na Uputnici temeljem koje Osiguranik ostvaruje pravo na medicinsku uslugu.

Članak 5.

(1) Sistematski pregled za žene sastoji se od:

- pregleda liječnika specijaliste;
- laboratorijskih pretraga: sedimentacija, KKS, GUK, ukupni kolesterol, HDL, LDL, trigliceridi, kompletna pretraga urina, bilirubin, kreatinin, AST, ALT, GGT, AP, mokraćna kiselina;
- EKG-a; ultrazvuka abdomena;
- pregleda oftalmologa iznad 40 godine;
- pregleda ginekologa, vaginalnog ultrazvuka i Papanicolau PAPA testa;
- ultrazvuka dojki do 40 godine;
- mamografije nakon 40 godine.

(2) Sistematski pregled za muškarce sastoji se od:

- pregleda liječnika specijaliste;
- laboratorijskih pretraga: sedimentacija, KKS, GUK, ukupni kolesterol, HDL, LDL, trigliceridi, kompletna pretraga urina, bilirubin, kreatinin, AST, ALT, GGT, AP, mokraćna kiselina;
- EKG-a; ultrazvuka abdomena;
- pregleda oftalmologa iznad 40 godine;
- UZV prostate i PSA iznad 40 godine.

(3) Sistematski pregled se obavlja kod Provoditelja usluga Osiguratelja temeljem Uputnice koju izdaje Ovlašteni radnik osiguratelja.

Članak 6.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na Specijalističke preglede do ukupnog iznosa iz članka 3. stavak 1. točka 2. ovih Posebnih uvjeta, a mogu se obaviti kod specijalista kao slijedi:

- internist (kardiolog, nefrolog, endokrinolog, gastroenterolog, pulmolog, hematolog); neurolog; oftalmolog; ortoped; dermatovenerolog; ginekolog; fizijatar; otorinolaringolog; urolog; specijalist nuklearne medicine.

Članak 7.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na Specijalističku dijagnostiku do ukupnog iznosa iz članka 3. stavak 1. točka 3., a uključuje usluge kako slijedi:

- Alergološko testiranje (kožni prick test) do 20 alergena; Audiometrija; Biopsija; Biopsija uz endoskopiju; Bris cerviksa na Chlamidiju; Bris cerviksa na HPV; Bris cerviksa na Mycoplasma i Ureaplasma; Brisevi (oko, uho, nos, ždrijelo, uretra, vagina, cerviks, koža, rana, nokti); Bronhoskopija; Brzi Helicobacter pylori test (uz biopsiju); Cistografija; Cistoskopija; Citološka obrada punktata; Color doppler karotida i vertebralnih arterija; Color doppler perifernih arterija i perifernih vena; Densitometrija; Dermatoskopija (mala); Dinamička scintigrafija bubrega; Dokaz bakterija (aerobno i anaerobno) + antibiogram; EEG – elektroencefalografija; EKG – elektrokardiografija; EKG – Holter; EMNG - elektromioneurografija donjih ekstremiteta; EMNG - elektromioneurografija gornjih ekstremiteta; Ergometrija; EVP -

evocirani potencijali; Fiberendoskopija; Flebografija; Fundus oka; Funkcionalne RTG snimke; Gastroskopija; Holter krvnog tlaka; IVP - Intravenska pijelografija; Irigografija; Keratometrija; Kolonoskopija; Kolposkopija; Kompjuterizirana perimetrija; Laringoskopija; Mamografija; MCUG - mikcijska cistoureterografija; Mikološki brisevi; OCT - optička koherencijska tomografija; Oftalmoskopija; Papanicolaou PAPA test; Papanicolaou PAPA test i stupanj čistoće; Pasaža crijeva; PHD - patohistološka dijagnostika; Punkcija pod kontrolom ultrazvuka; Radiološka obrada organa prsne šupljine (do 2 pozicije) s očitanjem; Radiološka obrada organa trbušne šupljine (nativna) s očitanjem; Rektoskopija; RTG želuca; RTG snimanje koštanog sustava (do 2 pozicije) s očitanjem; Specijalne RTG snimke; Spirometrija; TCD - transkranijski doppler; Tonometrija; TRUZ - Transrektalni ultrazvuk prostate; Ureteropijelografija; Urodinamika; Uroflow; Ultrazvuk dojki; Ultrazvuk abdomena; Ultrazvuk Color Doppler srca i krvnih žila; Ultrazvuk mišića i tetiva; Ultrazvuk oka; Ultrazvuk prostate; Ultrazvuk štitnjače; Ultrazvuk vaginalnom sondom; Ultrazvuk zglobno koštanog sustava; Ultrazvuk pazuha; Ultrazvuk prepona; Ultrazvuk testisa; Ultrazvuk vrata; 3D/4D ultrazvuk; Vaginalni Color Doppler; Vidno polje.

Članak 8.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na Laboratorijsku dijagnostiku do ukupnog iznosa iz članka 3. stavak 1. točka 3., a uključuje usluge kako slijedi:

Acidum uricum; Albumin; ALT - alanin-amniottransferaza, jetreni enzim; Al - aluminij; Amilaza; ANA - antinuklearna antitijela; Anorganski fosfati; Anti CCP - antitijela na ciklički citruinski peptid; Antistreptolizinski titar; AP - alkalna fosfataza; APTV - aktivirano parcijalno tromboplastinsko vrijeme; AST - aspartat amniottransferaza, jetreni enzim; ASTA - antistafilolizinska antitijela; Antitijela na Helicobacter pylori; Bakar; Bilirubin; Bris ždrijela s antibiogramom; C3 - komplement; C4 - komplement; Cink; CK - kreatin kinaza; CK-MB - kreatin kinaza srčani izoenzim; CRP - C reaktivni protein; DKS - diferencijalna krvna slika; Feritin; Fibrinogen; Fosfor (krv,urin); GGT - gamaglutamil transferaza; GUK - glukoza u krvi; Haemocult test; HbA1c - glikirani hemoglobin; HDL-kolesterol; Helicobacter pylori u stolici; Homocistein; Htc - hematokrit; IgA - imunoglobulin A; IgG - imunoglobulin G; IgM - imunoglobulin M; Ca - kalcij (krv,urin); Kalcitonin; K - kalij; KKS - kompletna krvna slika; Klirens kreatinina; Kloridi (serum, znoj); Kolesterol; Kompletna pretraga urina; Konjugirani bilirubin; Kreatinin; Krvna grupa i Rh faktor; LDH - laktat dehidrogenaza; LDL-kolesterol; Mg - magnezij ukupni, Na - natrij; OGTT - oralni test tolerancije glukoze; Olovo; Osteokalcin; Proteini; Proteini - elektroforeza; PV - protrombinsko vrijeme; RAST - radioalergosorbentni test; Retikulociti; RF - reuma faktor; RIST - radioimunisorbentni test; SE - sedimentacija; Stolica bakteriološki; Stolica na ciste i parazite; Stolica na viruse; TIBC - ukupni kapacitet vezivanja željeza; TR - trombociti; Transferin; Trigliceridi; Troponin; UIBC - nezasićeni kapacitet vezivanja željeza; Urea; Urea izdisajni test (Helicobacter pylori); Urin citološki, 3 uzimanja; Urinokultura; Vrijeme krvarenja; Vrijeme zgrušavanja; Waaler Rose test; Fe - željezo.

Članak 9.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na Laboratorijsku dijagnostiku: hormoni i tumorski markeri do ukupnog iznosa iz članka 3. stavak 1. točka 3, a uključuje usluge kako slijedi:

AFP - alfa fetoprotein, tumorski biljeg za jetru; Anti Tg- antitijela na tiroglobulin; Anti TPO- antitijela štitnjače; Beta HCG- humani korionski gonadotropin; Ca 125 - tumorski biljeg za jajnike; Ca 15-3 - tumorski biljeg za dojke; Ca 19-9 - tumorski biljeg za crijeva i gušteraču; Ca 72-4 - tumorski biljeg za želudac; CEA - karcino-

embrionalni antigen, tumorski biljeg za crijevo; Cyfra 21-1; DHEA-s - dehidro-epi-androstendion; E2 (estradiol); fPSA - slobodna frakcija PSA; FSH - folikul; fT3 - slobodna frakcija T3; fT4 - slobodna frakcija T4; HE 4 - Human Epididymal Protein; LH - luteotropni hormon; NSE- neuron specifična enolaza; NMP 22 - Nuclear Matrix Protein Number 22; Progesteron; Prolaktin; PSA - prostata specifični antigen; PTH - parathormon; S-100 protein; Testosteron; T3, T4, TSH - trijodtironin, tiroksin, tireotropni hormon.

III. ZAVRŠNA ODREDBA

Članak 10.

- (1) Ovi Posebni uvjeti vrijede samo uz Opće uvjete.
- (2) Na sve što nije uređeno ovim Posebnim uvjetima primjenjuju se odredbe Općih uvjeta.
- (3) Ovi Posebni uvjeti primjenjuju se od 25. svibnja 2018. godine.

POSEBNI UVJETI ZA PROGRAM DODATNO PROTECT IN

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Uz Opće uvjete za dodatno zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: Opći uvjeti*) sastavni dio Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju kojeg Ugovaratelj osiguranja sklapa s Wiener osiguranjem Vienna Insurance Group d.d. (*u daljnjem tekstu: Osiguratelj*) su i Posebni uvjeti za program DODATNO Protect IN (*u daljnjem tekstu: Posebni uvjeti*) za osiguranje većeg opsega prava i višeg standarda zdravstvene zaštite u odnosu na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: HZZO*).

(2) Prava navedena u Posebnim uvjetima pripadaju isključivo Osiguranicima te se ne mogu prenositi na druge osobe. Izrazi koji se koriste u ovim Posebnim uvjetima, a imaju rodno značenje koriste se neutralno i odnose se jednako na muški i ženski rod.

Članak 2.

(1) Osiguranik ostvaruje prava na medicinski indicirane medicinske usluge prema ovim Posebnim uvjetima u dogovoru s ovlaštenim radnikom Osiguratelja temeljem Uputnice.

(2) Na zahtjev ovlaštenog radnika Osiguratelja, Osiguranik je dužan dostaviti na uvid relevantnu medicinsku dokumentaciju iz koje će se moći utvrditi postojanje medicinske indikacije za zatraženu medicinsku uslugu.

(3) Ukoliko se uvidom u dostavljenu medicinsku dokumentaciju utvrdi da ne postoji medicinska indikacija za traženu uslugu, Osiguranik ne može ostvariti pravo na korištenje medicinske usluge prema ovim Posebnim uvjetima.

(4) Iznimno od stavka 1. ovih Posebnih uvjeta Osiguranici imaju pravo na preventivnu zdravstvenu zaštitu (sistematski pregled) te medicinske usluge preventivnog karaktera bez medicinske indikacije kako slijedi: ginekološki pregled jednom godišnje, vaginalni ultrazvuk jednom godišnje, Papanicolau PAPA test jednom godišnje, ultrazvuk dojki jednom u dvije godine, mamografija iznad 40. godine jednom u dvije godine, ultrazvuk prostate jednom u dvije godine, a sve u skladu s opsegom osigurateljnjog pokrivanja iz članka 3. ovih Posebnih uvjeta.

II. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 3.

(1) Osiguranik, temeljem ovih Posebnih uvjeta, ima pravo u dogovoru s ovlaštenim radnikom Osiguratelja na:

1. sistematski pregled prema opsegu navedenom u članku 4. ovih Posebnih uvjeta. Dinamika korištenja sistematskog pregleda naznačena je u Polici osiguranja;
2. četiri pregleda kod liječnika specijalista iz popisa iz članka 5. ovih Posebnih uvjeta, od kojih dva prva i dva kontrolna pregleda. Pod pojmom kontrolni pregled podrazumijeva se pregled koji se obavlja u roku od devedeset (90) dana od specijalističkog ili sistematskog pregleda.
3. dva puta godišnje svaka pojedina usluga Specijalističke dijagnostike iz popisa iz članka 6. ovih Posebnih uvjeta prema indikaciji liječnika specijaliste;
4. dva puta godišnje svaka pojedina usluga Laboratorijske dijagnostike iz popisa iz članka 7. ovih Posebnih uvjeta prema indikaciji liječnika specijaliste.

(2) Za sve usluge iz stavka 1. ovog članka ugovara se Period počeka (karenca) u trajanju od 15 dana. Karenca se ne primjenjuje kod obnove Ugovora o osiguranju ili kod prelaska Osiguranika od drugog Osiguratelja uz uvjet da nije prošlo više od 30 dana od prestanka prethodnog Ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju niti za osiguranja kod kojih je ugovoren početak osiguranja s odmakom većim od trideset (30) dana od dana Ugovaranja osiguranja.

Članak 4.

(1) Sistematski pregled sastoji se od:

- pregleda liječnika specijaliste;

- laboratorijskih pretraga: Sedimentacija, KKS- kompletna krvna slika; GUK- glukoza u krvi; Ukupni kolesterol; HDL- kolesterol; LDL- kolesterol; Trigliceridi; Kompletna pretraga urina; Bilirubin; Kreatinin; AST- aspartat amiottransferaza, jetreni enzim; ALT- alanin-amiottransferaza, jetreni enzim; GGT- gamaglutamil transferaza; AP- alkalna fosfataza, Mokraćna kiselina.
- Specijalističke dijagnostike: EKG-a; ultrazvuk abdomena.

(2) Sistematski pregled se obavlja kod Provođitelja usluga Osiguratelja temeljem Uputnice koju izdaje ovlašten radnik Osiguratelja.

Članak 5.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na specijalističke preglede do ukupnog broja iz članka 3. stavak 1. točka 2., a može ih obaviti kod specijalista kao slijedi:

- internist (kardiolog, nefrolog, gastroenterolog, pulmolog, hematolog); neurolog; oftalmolog; ortoped; ginekolog; fizijatar; otorinolaringolog; urolog; specijalist nuklearne medicine.

Članak 6.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na Specijalističku dijagnostiku do ukupnog broja iz članka 3. stavak 1. točka 3., a uključuje usluge kako slijedi:

EKG- elektrokardiografija; Ultrazvuk- Color Doppler srca i krvnih žila; Ergometrija; Ultrazvuk abdomena trbušnih organa (jetra, gušterača, žučnjak, slezena, bubrezi, aorta i limfni čvorovi, prostata, mokraćni mjehur); Ultrazvuk dojke; Ultrazvuk štitnjače; EEG- elektroencefalografija; EMNG - elektromioneurografija donjih ekstremiteta; EMNG - elektromioneurografija gornjih ekstremiteta; Fundus oka; Tonometrija; Bakteriološki brisevi (aerobi, anaerobi); Mikološki brisevi; RTG snimanje koštanog sustava (1 regija, 2 projekcije); RTG snimanje organa prsne šupljine; Ultrazvuk zglobno koštanog sustava; PAPA- Papanicolau test; Vaginalnom Ultrazvuk; Vaginalni Color Doppler; Mamografija iznad 40. godine i Ultrazvuk prostate.

Članak 7.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na Laboratorijsku dijagnostiku do ukupnog broja iz članka 3. stavak 1. točka 4., a uključuje usluge kako slijedi:

Sedimentacija; KKS- kompletna krvna slika; GUK- glukoza u krvi; Ukupni kolesterol; HDL- kolesterol; LDL- kolesterol; Trigliceridi; Kompletna pretraga urina; Bilirubin; Kreatinin; AST- aspartat amiottransferaza, jetreni enzim; ALT- alanin-amiottransferaza, jetreni enzim; GGT- gamaglutamil transferaza; AP- alkalna fosfataza; Mokraćna kiselina; Fe- željezo; TIBC - ukupni kapacitet vezivanja željeza; TR – trombociti; UIBC - nezasićeni kapacitet vezivanja željeza.

III. ZAVRŠNA ODREDBA

Članak 8.

(1) Ovi Posebni uvjeti vrijede samo u Opće uvjete.

(2) Na sve što nije uređeno ovim Posebnim uvjetima primjenjuju se odredbe Općih uvjeta.

(3) Ovi Posebni uvjeti primjenjuju se od 15. ožujka 2019. godine.

POSEBNI UVJETI ZA OSIGURANJE DRUGOG LIJEČNIČKOG MIŠLJENJA

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Osiguranje drugog liječničkog mišljenja ugovara se kao pridruženi program uz Dodatno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Osnovni program).

(2) Ugovor o osiguranju drugog liječničkog mišljenja sklapa se prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju Osnovnog programa kod Osiguratelja i prati pravnu sudbinu Osnovnog programa.

(2) Uz Opće uvjete za dodatno zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: Opći uvjeti*) sastavni dio Ugovora o osiguranju kojeg Ugovaratelj osiguranja sklapa s Wiener osiguranjem Vienna Insurance Group d.d. (*u daljnjem tekstu: Osiguratelj*) su i Posebni uvjeti za osiguranje drugog liječničkog mišljenja (*u daljnjem tekstu: Posebni uvjeti*).

(3) Prava navedena u Posebnim uvjetima pripadaju isključivo Osiguranicima te se ne mogu prenositi na druge osobe. Izrazi koji se koriste u ovim Posebnim uvjetima, a imaju rodno značenje, koriste se neutralno i odnose se jednako na muški i ženski rod.

II. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 2.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na jednu uslugu drugog liječničkog mišljenja u osigurateljnoj godini za zdravstvena stanja iz članka 3. Posebnih uvjeta koja su prvi puta dijagnosticirana za vrijeme trajanja osiguratelnog pokrića Ugovora o osiguranju drugog liječničkog mišljenja.

(2) Osiguranik ima pravo na drugo liječničko mišljenje koje pružaju specijalisti ili subspecijalisti u Republici Hrvatskoj iz ugovornih ustanova Osiguratelja, a koje treba pomoći Osiguraniku i njegovu liječniku da donesu odluku glede dijagnoze i/ili liječenja.

(3.) Drugo liječničko mišljenje sastoji se od pisane procjene medicinske dokumentacije od strane odgovarajućeg specijaliste ili subspecijaliste i po potrebi tumačenja nalaza CT, MRI, RTG, UZV, drugih radioloških pretraga ili patoloških/ patohistoloških pretraga, dijagnoze i/ili plana liječenja.

(4) Da bi se zahtjev za drugo liječničko mišljenje smatrao cjelovitim, potrebno je predati svu dokumentaciju navedenu u članku 5. stavak 2. ovih Posebnih uvjeta, a vezano uz zdravstveno stanje Osiguranika. Ako Osiguranik naknadno dostavlja medicinsku dokumentaciju ili postavlja dodatna pitanja smatrat će se da je predao novi zahtjev, bez obzira na to što se odnosi na isto zdravstveno stanje.

(5) Osiguratelj se obvezuje da će drugo liječničko mišljenje biti izrađeno i dostavljeno Osiguraniku u roku od 15 radnih dana od dana podnošenja kompletiranog zahtjeva.

Članak 3.

(1) Osiguranik ima pravo na drugo liječničko mišljenje za sljedeća akutna, komplicirana i ozbiljna zdravstvena stanja:

1. Maligne bolesti;
2. Bolesti kralježnice (diskus hernije, tumori leđne moždine);
3. Degenerativne bolesti velikih zglobova (koljena, kuka i ramena);
4. Bolesti centralnog živčanog sustava;
5. Bolesti perifernog živčanog sustava;
6. Bolesti povezane s visokim krvnim tlakom;
7. Koronarne bolesti srca;
8. Prirodene i stečene greške srca;
9. Aritmije srca;
10. Zatajivanje srca;
11. Bolesti očiju (katarakta, glaukom);
12. Kronične upale bubrega;
13. Kroničnog zatajenja bubrega;
14. Kroničnog zatajenja jetra;
15. Kroničnog zatajenja gušterače.

(2) Period počeka (karenca) za vrijeme kojeg Osiguratelj nije u obvezi pružanja osiguratelnog pokrića ukoliko osigurani slučaj nastupi, utvrđuje se u trajanju perioda počeka Osnovnog programa.

Članak 4.

(1) Drugo liječničko mišljenje prema ovim Posebnim uvjetima neće se pružati za zdravstvena stanja koja su nastala vezano uz:

1. pokušaja samoubojstva, povreda koje je Osiguranik sam sebi nanio ili povreda nanesenih od strane treće osobe s Osiguranikovom privolom;
2. uporabu alkohola ili droge;
3. radioaktivne kontaminacije;
4. trovanja ili udisanja otrovnih plinova.

III. PODNOŠENJE ZAHTJEVA ZA DRUGO LIJEČNIČKO MIŠLJENJE

Članak 5.

(1) Zahtjev za drugo liječničko mišljenje Osiguratelju podnosi Osiguranik ili od njega opunomoćena osoba. U slučaju nesposobnosti Osiguranika za davanje punomoći, zahtjev podnosi zakonski zastupnik, odnosno skrbnik Osiguranika.

(2) Podnositelj zahtjeva dužan je dostaviti kompletnu medicinsku dokumentaciju koja u pravilu uključuje sljedeće:

1. nalaz pregleda Osiguranika obavljen unutar šezdeset (60) dana prije dana kada je zatraženo drugo liječničko mišljenje;
2. detaljnu povijest sadašnje bolesti;
3. detaljnu raniju anamnezu;
4. kompletnu medicinsku dokumentaciju s tim da relevantni nalazi za traženje drugog mišljenja nisu stariji od šezdeset (60) dana;
5. popis lijekova koje osiguranik uzima;
6. presliku zdravstvenog kartona obiteljskog liječnika;
7. bilo kakav drugi relevantni podatak iz dosadašnjeg života Osiguranika bitan za izradu drugog liječničkog mišljenja.

(3) Ukoliko podnositelj zahtjeva nije u mogućnosti pribaviti neke podatke potrebne za cjelovitu medicinsku dokumentaciju iz stavka 2. ovog članka, podnositelj zahtjeva je dužan to u zahtjevu navesti, isto kao i razloge zašto neki podaci nisu mogli biti pribavljeni. Ukoliko u takvom slučaju liječnici ne mogu izdati drugo liječničko mišljenje jer nedostaju neki neophodni podaci, predstavnik Osiguratelja će obavijestiti podnositelja zahtjeva o postupcima i dodatnim informacijama koje su potrebne kako bi se drugo liječničko mišljenje izdalo.

(4) Ukoliko podnositelj zahtjeva nije u mogućnosti prikupiti zatražene neophodne podatke ili izvršiti postupke koje su neophodni liječniku za izdavanje drugog liječničkog mišljenja, liječnik može na izričiti zahtjev podnositelja zahtjeva izdati drugo mišljenje na osnovu nepotpune medicinske dokumentacije.

(5) Iznimno, na zahtjev Osiguranika, drugom liječničkom mišljenju može prethoditi pregled. Troškove pregleda u tom slučaju snosi Osiguranik.

(6) Osiguratelj ne preuzima nikakvu odgovornost za prikupljanje cjelovite medicinske dokumentacije od strane podnositelja zahtjeva kao niti za istinitost, potpunost i ažurnost informacija prikupljenih od strane podnositelja zahtjeva.

(7) Osiguratelj ne preuzima nikakvu odgovornost glede izrade ili sadržaja drugog liječničkog mišljenja kao niti glede odluke Osiguranika i/ili podnositelja zahtjeva o načinu korištenja ili nekorištenja drugog liječničkog mišljenja.

IV. PREMIJA OSIGURANJA

Članak 6.

- (1) Visina premije osiguranja odnosno ukupan iznos premije osiguranja i način plaćanja premije osiguranja navedeni su u Polici osiguranja. Ugovaratelj osiguranja je obaviješten o visini premije osiguranja prije nego je potpisao Policu osiguranja, odnosno prije nego je uplatio godišnju premiju osiguranja ili prvi obrok premije.
- (2) Dinamika i način plaćanja premije osiguranja drugog liječničkog mišljenja prati dinamiku i način plaćanja premije osiguranja Osnovnog programa te se obračunava i plaća uz premiju osiguranja Osnovnog programa kao njegov sastavni dio.

V. ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 7.

- (1) U slučaju prestanka ili raskida Osnovnog programa osiguranja prestaje važiti i osiguranje drugog liječničkog mišljenja ugovoreno prema ovim Posebnim uvjetima.

Članak 8.

- (1) Ovi Posebni uvjeti vrijede samo uz Opće uvjete.
- (2) Na sve što nije uređeno ovim Posebnim uvjetima primjenjuju se odredbe Općih uvjeta.
- (3) Ovi Posebni uvjeti primjenjuju se od 15. ožujka 2019. godine.

POSEBNI UVJETI ZA OSIGURANJE DNEVNE NAKNADE ZA BOLNIČKO LIJEČENJE

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Osiguranje dnevne naknade za bolničko liječenje ugovara se kao pridruženi program uz Dodatno zdravstveno osiguranje ili Dopunsko zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: Osnovni program*).

(2) Ugovor o osiguranju dnevne naknade za bolničko liječenje sklapa se prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju Osnovnog programa kod Osiguratelja i prati pravnu sudbinu Osnovnog programa.

(3) Uz Opće uvjete za dodatno zdravstveno osiguranje i Opće uvjete za dopunsko zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: Opći uvjeti*) sastavni dio Ugovora o osiguranju kojeg Ugovaratelj osiguranja sklapa s Wiener osiguranjem Vienna Insurance Group d.d. (*u daljnjem tekstu: Osiguratelj*) su i Posebni uvjeti za osiguranje dnevne naknade za bolničko liječenje (*u daljnjem tekstu: Posebni uvjeti*).

(4) Prava navedena u Posebnim uvjetima pripadaju isključivo Osiguranicima te se ne mogu prenositi na druge osobe. Izrazi koji se koriste u ovim Posebnim uvjetima, a imaju rodno značenje koriste se neutralno i odnose se jednako na muški i ženski rod.

II. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 2.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na dnevnu naknadu za bolničko liječenje u slučaju bolesti ili nezgode.

(2) Dnevna naknada se ostvaruje u slučaju bolničkog liječenja Osiguranika u akutnim bolnicama (akutno liječenje u kliničkom bolničkom centru, kliničkoj bolnici, klinici, općoj bolnici) te na akutnim odjelima specijalnih bolnica u Republici Hrvatskoj.

(3) Liječenje u specijalnim bolnicama kroničnih plućnih bolesti, kroničnih duševnih bolesti, liječenje fizikalnom medicinom i rehabilitacijom u specijalnim bolnicama i lječilištima, dugotrajno liječenje, palijativna skrb te liječenje u stacionaru doma zdravlja nisu osnova za korištenje prava na dnevnu naknadu za bolničko liječenje.

Članak 3.

(1) Temeljem ovih Posebnih uvjeta Osiguranik ostvaruje pravo na dnevnu naknadu po danu bolničkog liječenja iz članka 2. počevši od četvrtog (4) dana bolničkog liječenja do najviše tridesetog (30) dana bolničkog liječenja.

(2) Visina dnevne naknade za bolničko liječenje navedena je u Klauzuli odnosno Polici osiguranja.

(3) Dnevnu naknadu iz stavka 1. ovog članka Osiguranik ostvaruje za jednu epizodu bolničkog liječenja u jednoj osigurateljnoj godini. Pod epizodom bolničkog liječenja podrazumijeva se liječenje u kontinuitetu bez prekida.

(4) Period počeka (karenca), za vrijeme kojeg Osiguratelj nije u obvezi pružanja osigurateljnog pokrića ukoliko osigurani slučaj nastupi, utvrđuje se u trajanju Perioda počeka (karence) Osnovnog programa.

Članak 4.

(1) Dnevnu naknadu iz članka 3. ovih Posebnih uvjeta Osiguranik ostvaruje nakon završetka bolničkog liječenja iz članka 2. temeljem Zahtjeva za naknadom.

(2) Osiguratelj se obvezuje isplatiti Osiguraniku ugovorenu dnevnu naknadu iz članka 3. u roku od 14 dana od dana

zaprimanja Zahtjeva s potrebnom dokumentacijom. Ako je za utvrđivanje postojanja osnova ili visine obveze, odnosno kontrolu računa i medicinske dokumentacije potrebno stanovito vrijeme, rok za isplatu ili obavijest da je zahtjev neosnovan iznosi 30 dana. Ukoliko Osiguratelj neće biti u mogućnosti donijeti konačnu odluku o visini svoje obveze u roku od 30 dana od dana zaprimanja zahtjeva, obvezuje se isplatiti iznos nespornog dijela obveze na ime predujma.

(3) Zahtjev za naknadom obavezno sadrži Otpusno pismo na ime Osiguranika s podacima o bolnici u kojoj je provedeno bolničko liječenje i vremenu trajanja bolničkog liječenja.

(4) Na zahtjev Osiguratelja, Osiguranik je dužan dostaviti svu relevantnu medicinsku dokumentaciju, a u svrhu dokaza prava na dnevnu naknadu za bolničko liječenje.

III. PREMIJA OSIGURANJA

Članak 5.

(1) Visina premije osiguranja odnosno ukupan iznos premije osiguranja i način plaćanja premije osiguranja navedeni su na Polici osiguranja. Ugovaratelj osiguranja je obaviješten o visini premije osiguranja prije nego je potpisao Policu osiguranja, odnosno prije nego je uplatio godišnju premiju osiguranja ili prvi obrok premije.

(2) Dinamika i način plaćanja premije osiguranja dnevne naknade za bolničko liječenje prati dinamiku i način plaćanja premije osiguranja Osnovnog programa te se obračunava i plaća uz premiju osiguranja Osnovnog programa kao njegov sastavni dio.

IV. ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 6.

(1) U slučaju prestanka ili raskida Osnovnog programa osiguranja prestaje važiti i osiguranje dnevne naknade za bolničko liječenje ugovoreno prema ovim Posebnim uvjetima.

Članak 7.

(1) Ovi Posebni uvjeti vrijede samo uz Opće uvjete.

(2) Na sve što nije uređeno ovim Posebnim uvjetima primjenjuju se odredbe Općih uvjeta.

(3) Ovi Posebni uvjeti primjenjuju se od 15. ožujka 2019. godine.

UVJETI PUTNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

I. UVODNE ODREDBE

(1) Uvjeti putnog zdravstvenog osiguranja sastavni su dio Ugovora o dopunskog ili dodatnog zdravstvenog osiguranja kojeg je Ugovaratelj osiguranja zaključio s Wiener osiguranjem Vienna Insurance Group d.d.

(2) Pojedini izrazi u ovim Uvjetima imaju sljedeća značenja: OSIGURATELJ – Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. s kojim je sklopljen Ugovor o osiguranju; ASISTENCIJA – APRIL INTERNATIONAL i APRIL Croatia Assistance d.o.o.;

UGOVARATELJ OSIGURANJA - pravna ili fizička osoba koja je s Osigurateljem sklopila Ugovor o osiguranju;

OSIGURANIK - osoba na koju se sklopljeno osiguranje odnosi, može biti isključivo fizička osoba;

KORISNIK - osoba koja ima pravo na naknadu temeljem Ugovora o osiguranju. Korisnici za slučaj Osiguranikove smrti su Osiguranikovi zakonski nasljednici;

OSIGURANI IZNOS - najveći iznos osigurateljeve obveze po jednom osiguranom slučaju;

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

POLICA OSIGURANJA - isprava o sklopljenom Ugovoru o osiguranju.

(3) Prema ovim Uvjetima, Osiguranik za vrijeme puta i boravka u inozemstvu, može biti osoba koja je državljanin Republike Hrvatske, te stranac koji prema hrvatskom Zakonu o kretanju i boravku stranaca, u Hrvatskoj ima sljedeći status: produženi boravak, boravak s poslovnom vizom ili trajno nastanjenje.

II. SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 1.

(1) Ugovor o osiguranju sklapa se na temelju pisane Police osiguranja, isključivo prije početka putovanja.

(2) Duševno bolesne osobe i osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti isključene su iz osiguranja.

(3) Osiguranje mogu sklopiti zdrave osobe do uključenih 70 godina života.

(4) Na temelju ovih Uvjeta ne mogu se osigurati hrvatski državljani koji u drugoj državi imaju prijavljeno prebivalište ili boravište s osnova obavljanja rada ili djelatnosti.

III. POČETAK I TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 2.

(1) Putno zdravstveno osiguranje osoba za vrijeme puta i boravka u inozemstvu: Osigurateljeva obveza počinje u 24,00 sata onoga dana koji je u Polici označen kao početak osiguranja, ali ne prije nego što Osiguranik prijeđe državnu granicu pri izlasku iz Republike Hrvatske, ako je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja, i prestaje u 24,00 sata onoga dana koji je u Polici označen kao dan isteka osiguranja, ili ranije ako osiguranik prijeđe državnu granicu na povratku u Republiku Hrvatsku prije tog vremena.

(2) Godišnje putno zdravstveno osiguranje obuhvaća pokriva za pojedinačni boravak osiguranika u inozemstvu koji ne traje dulje od 60 dana.

(3) Osigurateljno pokriva, temeljem ovih Uvjeta, vrijedi za sve zemlje osim Republike Hrvatske, izuzev država u kojima osiguranik ima stalno prebivalište ili pravo na javnu zdravstvenu zaštitu

III. OSIGURANI IZNOS

Članak 3.

(1) Osigurani iznosi navedeni u Polici osiguranja predstavljaju gornju granicu obveze Osiguratelja po jednom osiguranom slučaju za područje cijelog svijeta.

(2) Ukoliko je osiguranik iznos ugovoren u EUR, osiguratelj isplaćuje naknadu štete u kunskoj protuvrijednosti EUR po srednjem tečaju HNB na dan plaćanja štete.

IV. ISPLATA NAKNADE IZ OSIGURANJA

Članak 4.

(1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti osigurarinu određenu ugovorom u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od četrnaest (14) dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.

(2) Ako je za utvrđivanje postojanja Osigurateljeve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti osigurarinu određenu ugovorom u roku od trideset (30) dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.

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

V. OPSEG OSIGURATELJEVE OBVEZE

Članak 5.

(1) Usluge koje pruža Osiguratelj i za koje plaća troškove, ukoliko su troškovi opravdani s medicinskog stajališta, obuhvaćaju:

- stacionarno liječenje (prva medicinska pomoć do bolnice);
- lijekovi propisani tijekom liječenja;
- kliničko liječenje uz korištenje znanstveno dokazanih metoda u bolnici u mjestu Osiguranikovog boravka ili najbližoj prikladnoj bolnici;

- nužne operacije uključujući sve troškove u vezi s operacijama;
- stomatološku uslugu isključivo u svrhu oslobađanja akutne zubobolje do 80 EUR;

- prijevoz Osiguranika ukoliko zdravstveno stanje zahtijeva prijevoz, od mjesta boravka do prebivališta osiguranika ili do bolnice u domicilnoj zemlji koju odabere medicinsko osoblje osiguratelja. Isključivo liječnici Osiguratelja mogu odlučiti o preporučljivosti i sredstvu prijevoza. Ako liječnici smatraju Osiguranikov prijevoz mogućom, a Osiguranik ga odbije, usluge Osiguratelja će se trenutno obustaviti, osobito glede medicinskih ili bolničkih troškova budućeg povratka Osiguranika u domicilnu zemlju;

- u slučaju smrti Osiguranika, Osiguratelj organizira i preuzima troškove prijevoza tijela od mjesta gdje je nastupila smrt do kuće pokojnika ili preuzima troškove pogreba u mjestu smrti do limita od 2.500 EUR; ovaj iznos uključuje troškove kovčega.

(2) Opravdanim i nužnim troškovima u smislu ovih Uvjeta podrazumijevaju se troškovi medicinskog liječenja koji ne prelaze opću razinu troškova u medicinskim ustanovama na području u kojem je nastupio osigurani slučaj, kada se radi o istom ili sličnom tretmanu, uslugama ili pomoći osobama istog spola i približnih godina starosti za sličnu bolest ili ozljedu, šifriranu sukladno međunarodnoj klasifikaciji bolesti.

VI. ISKLJUČENJE OSIGURATELJEVE OBVEZE

Članak 6.

(1) Osiguratelj nije u obvezi isplatiti naknadu u sljedećim slučajevima:

- zbog kroničnih bolesti, njihovih posljedica i posljedica nezgoda koje su postojale ili su bile poznate ili su morale biti poznate u vrijeme zaključivanja osiguranja, čak i ako nisu bile liječene.

- Iznimka je pojava akutnih simptoma neke kronične, od ranije poznate bolesti, kada će se priznati trošak intervencije potrebne da se Osiguranika dovede u stanje izvan životne opasnosti, a najviše do sveukupnog iznosa od 250 EUR-a;

- bolesti koje su liječene u posljednjih šest mjeseci prije početka osiguranja, osim u slučaju kada je liječnička pomoć pružena radi spašavanja Osiguranikova života ili oslobađanja akutne boli;

- putovanja u terapeutske svrhe, troškovi preventivnih lijekova, oporavak u prirodnim rezervatima, sanatorijima te centrima za oporavak;

- troškovi nastali zbog posljedica bolesti ili nesretnog slučaja u ratu ili ratnim događanjima (bilo da je rat objavljen ili ne), neredima, masovnim pokretima, terorističkim činovima i sabotazama, napadima, pobunama, građanskim nemirima ili sličnim događanjima;
- radioaktivne kontaminacije bilo kojeg opisa i bilo kako uzrokovane;
- sve štete ili troškove uzrokovane epidemijama, pandemijama, zagađenjem ili prirodnim katastrofama koje su bile poznate prije polaska na put;
- štete nastale zbog vlastitog izlaganja nepotrebnim opasnostima (osim u slučaju spašavanja nečijeg života, ali ne i sudjelovanja u potragama) ili upletenosti u kaznena i nezakonita djela ili kao posljedica pijanstva ili ovisnosti (alkohol, droga, lijekovi) Osiguranika;
- štete nastale za vrijeme manualnog odnosno fizičkog rada koji se obavlja u svrhu privređivanja. Manualni odnosno fizički rad je rad koji zahtijeva povećanu fizičku aktivnost kao što su npr. građevinski i montažni radovi, rad na otvorenom, rad sa strojevima, rad u uslužnim djelatnostima (konobari, kuhari, sobarice i sl.);
- korištenja opojnih droga ili narkotika koje nije propisao liječnik;
- troškova nastalih u svezi s liječenjem malignih i kancerogenih oboljenja, osim troškova nastalih u svezi s poduzimanjem hitnih mjera radi spašavanja Osiguranikova života ili oslobađanja od akutne boli;
- troškovi bilo koje medicinske usluge i pomoći u zemlji stalnog prebivališta;
- troškovi svakog operativnog ili medicinskog zahvata koji se može bez rizika dogoditi do povratka u domovinu;
- bilo koju medicinsku uslugu ili lijek za koji se znalo da je potreban ili se nastavlja koristiti tijekom puta ili boravka u inozemstvu;
- troškovi rehabilitacije i fizioterapije i troškove umjetnih nadomjestaka ili slično (proteza, stomatoloških i ortopedskih pomagala, slušnih pomagala, leća, pomagala za vid i sl.);
- nezgode koje je Osiguranik namjerno izazvao te posljedice pokušaja ili izvršenja samoubojstva;
- troškovi uslijed psihičkih ili depresivnih bolesti i poremećaja kao i njihove posljedice, osim u slučaju kada je to prema zdravstvenom kartonu Osiguranika takvo stanje bolesti nastupilo prvi puta;
- posljedice trudnoće ili komplikacija u trudnoći, osobito: namjerni prekid trudnoće, porod i spontani pobačaj. Ipak, u slučaju akutnih komplikacija tijekom trudnoće osiguratelj će u okviru Police naknaditi trošak prve medicinske intervencije koja je potrebna da bi se otklonila opasnost po život majke i/ili djeteta;
- medicinski potpomognutu oplodnju ili neko drugo liječenje od neplodnosti te troškove kontracepcije;
- spolno prenosive bolesti, AIDS-a;
- nezgode koje proizlaze iz bavljenja sportovima na amaterskoj i profesionalnoj osnovi bilo da se radi o natjecanjima ili treninzima;
- nezgode koje proizlaze iz bavljenja ekstremnim sportovima, skokova padobranom ili slično, ekstremnih planinarskih tura bez ovlaštenog planinarskog vodiča i onih iznad 6.000 m nadmorske visine, ekspedicija i sportskih aktivnosti u divljim vodama;
- nezgode koje proizlaze zbog upravljanja motornim vozilima, plovilima te zračnim uređajima kada osiguranik ne posjeduje propisanu službenu ispravu;
- nezgode koje su posljedica ronjenja ukoliko osoba ne posjeduje valjanu potvrdu za organizirano ronjenje;
- nezgode koje proizlaze iz sudjelovanja u okladama ili koje nastanu za vrijeme ili kao posljedica kaznenog djela ili tučnjave (osim slučajeva samoobrane);
- troškovi uslijed termalnog liječenja, radioterapije, fototerapije, helioterapije, estetskih zahvata;
- troškovi cijepljenja i stomatološke troškove (osim troškova hitne stomatološke intervencije);
- liječenje ili njegu koju pruža liječnik koji je član obitelji;
- troškovi za koje već postoji pravo na naknadu temeljem nekog drugog ugovora ili prava.

(2) Ipak, Osiguratelj uvijek garantira pomoć Osiguranoj osobi u bilo kojoj situaciji neposredne smrtno opasnosti. Situacijom smrtno opasnosti smatra se situacija u kojoj se može utvrditi da bi Osiguranik izgubio život da nije bilo medicinske intervencije.

VII. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA

Članak 7.

(1) U slučaju nastupa osiguranog slučaja Osiguranik je dužan pridržavati se uputa Osiguratelja, koje su sastavni dio police osiguranja.

(2) Nakon prijave osiguranog slučaja dežurni centar odobrava i daje daljnje upute radi obavljanja postupka liječenja i pružanja usluge asistencije.

(3) Ako se Osiguranik pridržavao uputa iz stavka (1) ovog članka, tada ne mora u inozemstvu podmiriti troškove iz članka 5. ovih Uvjeta.

(4) Ako se Osiguranik nije pridržavao uputa iz stavka (1) ovog članka, dužan je izvijestiti Osiguratelja o razlozima za to. Nakon utvrđivanja obveze, Osiguratelj će Osiguraniku naknaditi troškove iz članka 5. ovih Uvjeta, uključujući troškove kućnih posjeta i nabavke lijekova.

(5) Osiguranik je dužan kontaktirati Osiguratelja najkasnije 5 dana nakon osiguranog slučaja, osim u nepredviđenim slučajevima i slučajevima više sile.

(6) U svojim intervencijama Osiguratelj uvijek poštuje državne i međudržavne zakone i odredbe.

(7) Osiguratelj ne može biti odgovoran za kašnjenja ili neočekivane događaje tijekom izvršenja ugovorenih usluga u slučaju štrajka, eksplozije, demonstracija, masovnih pokreta, prometnih ograničenja, sabotaza, terorizma, građanskog ili međudržavnog rata, posljedica radioaktivnosti ili u bilo kojem drugom slučaju više sile, nepredviđenih okolnosti ili ograničenja djelovanja Osiguratelja.

(8) Osiguratelj je u obvezi isplatiti štetu samo ako je uz dokaz o osigurateljnomoj pokriću (original Police) predočena sljedeća dokumentacija:

- a) originalni računi koji moraju sadržavati ime liječene osobe, vrstu bolesti, podatke o pojedinačnim stavkama pruženog liječničkog tretmana kao i njihovim datumima; u slučaju da se radi o troškovima nabave lijekova pod računom se podrazumijeva recept izdan od strane liječnika na kojem moraju biti jasno vidljivi propisani lijekovi, njihova cijena i potvrda ljekarne (pečat) da je lijek plaćen; u slučaju stomatološke usluge na računu moraju biti navedeni podaci o liječenom zubu i izvršenoj usluzi;
- b) u slučaju naknade troškova za prijevoz posmrtnih ostataka Osiguranika ili njegovog pogreba u mjestu smrti, računi moraju biti potkrijepljeni službenom potvrdom o smrti i izvješćem mrtvozornika iz kojeg će biti vidljiv uzrok smrti;
- c) u slučaju prijevoza u mjesto prebivališta, računi moraju biti potkrijepljeni medicinskim izvješćem koje potvrđuje nužnost prijevoza. Osiguranik je dužan sve račune koje primi na kućnu adresu odmah dostaviti Osiguratelju radi plaćanja. Ukoliko postupi suprotno ovoj odredbi Osiguratelj će naknaditi samo troškove koji se odnose na pružene zdravstvene usluge, dok će troškove opomene i zatezних kamata snositi sam Osiguranik.

(9) Osiguratelj može zatražiti prijevod računa i prateće medicinske dokumentacije, a troškove prijevoda tada snosi Ugovaratelj osiguranja.

VIII. ODŠTETNI ZAHTEJEV

Članak 8.

(1) U svrhu ostvarivanja prava iz osiguranja odštetni zahtjevi se podnose Osiguratelju najkasnije jedan mjesec nakon završetka liječenja (u mjestu putovanja) ili prijevoza u mjesto prebivališta, ili u slučaju smrti nakon prijevoza posmrtnih ostataka, odnosno nakon pokopa u mjestu smrti.

(2) Ugovaratelj osiguranja, Osiguranik odnosno korisnik osiguranja će na zahtjev Osiguratelja dostaviti sve potrebne podatke za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja ili opsega odgovornosti Osiguratelja za isplatu naknade, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja.

(3) Na zahtjev Osiguratelja osiguranik se obvezuje podvrgnuti liječničkom pregledu od strane liječnika po izboru Osiguratelja.

(4) Ugovaratelj osiguranja i Osiguranik ovlašćuju Osiguratelja za pribavljanje svih podataka od trećih osoba pružatelja medicinske i ostalih usluga u smislu ovih Uvjeta, potrebnih za utvrđivanje obveze Osiguratelja.

IX. PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

Članak 9.

(1) Ugovaratelj osiguranja dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed u ugovorenom roku. Iznimno se plaćanje premije može ugovoriti obročno, s time da se prvi obrok premije plaća potpisom Police, ako se drugačije ne ugovori.

(2) Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik dužan je odmah pisanim putem izvijestiti Osiguratelja o promjeni adrese stanovanja i mjestu plaćanja premije.

(3) Osiguratelj može raskinuti Ugovor ako Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik neredovito plaća premiju.

(4) Osiguratelj ima pravo obračunati zateznu kamatu na svako zakašnjenje plaćanja ugovorene premije.

X. PRIJELAZ OSIGURANIKOVIH PRAVA PREMA ODGOVORNOJ OSOBI NA OSIGURATELJA (SUBROGACIJA)

Članak 10.

(1) Isplatom naknade iz osiguranja prelaze na Osiguratelja, prema zakonu, do visine isplaćene naknade, sva Osiguranikova prava prema osobi koja je prema bilo kojoj osnovi odgovorna za štetu.

(2) Ako je Osiguranikovom krivnjom onemogućen ovaj prijelaz prava na Osiguratelja, u potpunosti ili djelomično, Osiguratelj se u odgovarajućoj mjeri oslobađa i svoje obveze prema Osiguraniku.

(3) Prijelaz prava s Osiguranika na Osiguratelja ne može biti na štetu Osiguranika, te ako je naknada koju je Osiguranik dobio od Osiguratelja, zbog bilo kojih razloga niža od štete koju je pretrpio, Osiguranik ima pravo da mu se iz sredstava odgovorne osobe isplati ostatak naknade prije isplate Osigurateljeva potraživanja na osnovi prava koja su prešla na njega.

(4) Iznimno od pravila o prijelazu Osiguranikovih prava na Osiguratelja, ova prava ne prelaze na Osiguratelja ako je štetu uzrokovala osoba u srodstvu u prvoj liniji s Osiguranikom, osoba za čije postupke Osiguranik odgovara, osoba koja živi s njim u istom kućanstvu ili osoba koja je Osiguranikov radnik, osim ako su te osobe štetu uzrokovale namjerno.

(5) Ako je pak koja osoba od spomenutih u prethodnom stavku bila osigurana, Osiguratelj može tražiti od njezina Osiguratelja naknadu iznosa koji je isplatio osiguraniku.

XI. POSTUPAK VJEŠTAČENJA

Članak 11.

(1) U slučaju da podnositelj prijave nastanka osiguranog slučaja, Osiguranik ili Osiguratelj nisu suglasni u pogledu uzroka koji su doveli do nastanka osiguranog slučaja ili u pogledu visine obveze Osiguratelja, utvrđivanje spornih činjenica može se provesti vještačenjem putem vještaka ovlaštenog za utvrđivanje spornih činjenica i pitanja koja su postala sporna među strankama. U tom slučaju jednog vještaka imenuje Osiguratelj, a drugog suprotna strana. Prije vještačenja imenovani vještaci određuju trećeg vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica o kojima njihovi nalazi i mišljenja odstupaju.

(2) Svaka strana plaća troškove vještaka kojeg je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća troškove u jednakim dijelovima.

XII. ZASTARA

Članak 12.

(1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarijevaju prema odredbama Zakona o obveznim odnosima.

XIII. KLAUZULA O SANKCIJAMA

Članak 13.

(1) Osiguratelj (reosiguratelj) neće smjeti pružiti pokriće i neće imati odgovornost platiti bilo koji odštetni zahtjev ili pružiti bilo kakvu korist prema ovom Ugovoru u onoj mjeri u

kojoj bi pružanje takvog pokrića, plaćanja takvog zahtjeva ili pružanje takve koristi izložilo osiguratelja (reosiguratelja) bilo kojoj sankciji, zabrani ili ograničavanju u skladu s odlukama Ujedinjenih naroda ili trgovinskim ili gospodarskim sankcijama, zakonima ili propisima Europske unije, (lokalnim sankcijama države) ili Sjedinjenih Američkih Država (pod uvjetom da to ne krši bilo koji propis ili specifično nacionalno pravo primjenjivo na osiguratelja ili reosiguratelja iz ovog Ugovora.

XIV. MJERODAVNO PRAVO

Članak 14.

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

XV. ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 15.

(1) Za odnose između Osiguratelja, Osiguranika i Ugovaratelja osiguranja te ostalih osoba kojih se tiče, a nisu regulirani ovim Uvjetima ni Ugovorom o osiguranju, primijenit će se odredbe Zakona o obveznim odnosima ili odredbe mjerodavnog prava koje se primjenjuje na Ugovor o osiguranju sukladno članku 14. ovih Uvjeta.

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