

Posebni uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja

OPĆE ODREDBE

Članak 1.

- 1.1. Dopunsko zdravstveno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- 1.2. Dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se osigurava pokrivanje sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja osiguranika kako je definirano zakonskim propisima iz područja zdravstva i sukladno odredbama ovih Posebnih uvjeta.
- 1.3. Na polici osiguranja iskazana su ugovorena pokrivanja iz dopunskog zdravstvenog osiguranja kao i ugovoreni iznosi osiguranja. Iznosi osiguranja predstavljaju gornju granicu obveze osiguratelja u jednoj osigurateljskoj godini za ugovoreno pokrivanje (godišnji limit). Ukoliko je na polici ugovoreno neograničeno pokrivanje, godišnjeg limita nema.
- 1.4. Opći uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, ovi Posebni uvjeti, policia dopunskog zdravstvenog osiguranja i ponuda za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju sastavni su dio ugovora o osiguranju.
- 1.5. Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju prema ovim Uvjetima osiguranja sklapa se za vrijeme naznačeno na polici osiguranja.
- 1.6. Ako je na polici naveden samo početak osiguranja, ugovor se produžuje iz godine u godinu sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkáže pisanim putem najmanje 90 dana prije isteka tekuće osigurateljne godine.
- 1.7. Iskaznica UNIQA dopunskog zdravstvenog osiguranja (dalje Iskaznica UNIQA) je isprava koju izdaje Osiguratelj, a istom se dokazuje status osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja.
- 1.8. Trošak izdavanja iskaznice snosi Osiguratelj.
- 1.9. Nestanak ili gubitak iskaznice osiguranik je dužan usmeno prijaviti Osiguratelju odmah po saznanju, a potom i pisanim putem u daljnjem roku od 8 dana. Za posljedice neovlaštenog korištenja Iskaznice UNIQA, osiguranik odgovara prema zakonu, a Osiguratelj ima pravo na regres isplaćenih naknada, pravo na naknadu štete te pravo na naknadu svih troškova nastalih zbog takvog postupanja.
- 1.10. U slučaju raskida ugovora o osiguranju, osiguranik je dužan vratiti iskaznicu. Za sve troškove nastale zbog toga što je osiguranik predočio Iskaznicu UNIQA za plaćanje usluge na koju prema ovim uvjetima nema pravo, Osiguratelj može zahtijevati povrat isplaćenog iznosa, uz naknadu kamata i troškova postupka.

SKLAPANJE UGOVORA O DOPUNSKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Članak 2.

- 2.1. Prema ovim Posebnim uvjetima može se osigurati fizička osoba pristupne dobi do najviše 65 godina. Osiguranje može trajati najduže do 66. godina starosti osiguranika.
- 2.2. Iznimno, ukoliko se dopunsko zdravstveno osiguranje ugovara zajedno sa dodatnim zdravstvenim osiguranjem, osiguranje može trajati najduže do 67 godina starosti osiguranika.
- 2.3. Dopunsko zdravstveno osiguranje mogu ugovoriti samo osobe koje imaju status osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja. Gubitkom statusa osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja, ta osoba gubi status osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja.

PREMIJA OSIGURANJA

Članak 3.

- 3.1. Premija osiguranja se utvrđuje za svaku osigurateljnu godinu.
- 3.2. Iznimno, visina premije se može promijeniti u toku osigurateljne godine zbog promjene zakonskih propisa koji se odnose na opseg i sadržaj dopunskog zdravstvenog osiguranja, visinu doplata ili druge elemente značajne za utvrđivanje visine premije.
- 3.3. Ako se tijekom osiguranja zdravstveno stanje osiguranika izmijeni tako da je potrebno povećanje premije osiguranja, Osiguratelj će u roku 30 dana od saznanja za navedenu promjenu obavijestiti ugovaratelja osiguranja i pozvati ga da prihvati navedenu izmjenu ugovora. Ako ugovaratelj osiguranja u roku 14 dana od dana primitka obavijesti ne prihvati izmjenu ugovora, ugovor će se smatrati raskinutim istekom tekuće osigurateljne godine.

POKRIVANJE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 4.

- 4.1. Osiguravajuća zaštita obuhvaća pokrivanje troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno važećem Zakonu

o obveznom zdravstvenom osiguranju, a koju je obavezan snositi osiguranik. Troškovi zdravstvene zaštite odnose se na troškove liječenja osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju (participacija) i troškove doplata za lijekove s dopunske liste lijekova (doplata), a koji su nastali temeljem izdane uputnice ili recepta, odnosno doznake od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

- 4.2. Pravo na pokrivanje sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite odnosi se na:

- zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i stomatologije;
- specijalističko – konzilijarnu zdravstvenu zaštitu;
- dnevnu bolnicu i operacijske zahvate u dnevnoj bolnici;
- laboratorijsku, radiološku i drugu specijalističku dijagnostiku;
- ambulantnu fizikalnu medicinu i rehabilitaciju;
- fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući;
- bolničko liječenje;
- stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba;
- ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom;
- dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom;
- izdavanje lijeka po receptu;
- lijekove s dopunske liste lijekova;
- liječenje u inozemstvu (ako je liječenje odobreno od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje).

- 4.4. Kako bi osiguranik ostvario pravo na pokrivanje participacija i doplata u zdravstvenoj ustanovi, bolnici, ljekarni, itd., u kojoj je koristio neko od prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, obavezan je uz iskaznicu obveznog zdravstvenog osiguranja priložiti i Iskaznicu UNIQA.

OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA

Članak 5.

- 5.1. U slučaju da je osiguranik koristio pravo na ugovorene troškove uz predočenje Iskaznice UNIQA odnosno bez plaćanja, pravo na naknadu troškova ostvaruje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, odnosno zdravstvena ustanova u kojoj je osiguranik ostvario to pravo.
- 5.2. Osiguratelj se obavezuje isplatiti osiguraniku ugovorenu naknadu troškova iz članka 4. ovih Uvjeta, temeljem priloženog izvornika računa koji glasi na ime osiguranika, 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 30 dana od dana zaprimanja prijave, obavezuje se isplatiti iznos nespornog dijela obveze na ime predudjma.
- 5.3. Na zahtjev Osiguratelja, osiguranik je dužan dostaviti svu relevantnu medicinsku dokumentaciju, a u svrhu dokaza da je koristio neko od prava iz zdravstvene zaštite sukladno sklopljenom ugovoru o osiguranju. Osiguratelj ima pravo na provjeru cijena plaćenih participacija i doplata te pregled medicinske dokumentacije putem svojeg liječnika cenzora.
- 5.4. Ukoliko osiguranik na zahtjev Osiguratelja ne dostavi traženu medicinsku dokumentaciju ili se utvrdi da osiguranik nije imao valjanu medicinsku indikaciju za obavljanje zdravstvene usluge, a Osiguratelj izvrši plaćanje predmetne zdravstvene usluge zdravstvenoj ustanovi, isti ima pravo regresne naplate od osiguranika.

RAZDOBLJE ČEKANJA

Članak 6.

Opće razdoblje čekanja utvrđeno Općim uvjetima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja primjenjuje se na ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

OGRAIČENJE I ISKLJUČENJE OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE

Članak 7.

Ograničenja i isključenja osiguravajuće zaštite utvrđena u čl. 6. Općih uvjeta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne primjenjuju se na ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

U primjeni od 13.06.2016.