

## **POSEBNI UVJETI ZA DRAGOVOLJNO PUTNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

### **I Uvodne odredbe**

#### **Članak 1.**

(1) Posebni uvjeti za dragovoljno putno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Posebni uvjeti) sastavni su dio Ugovora o osiguranju korisnika MasterCard Gold kreditnih kartica, kojeg Addiko Bank d.d. kao ugovaratelj osiguranja ugovara s CROATIA osiguranjem d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj) za korisnike MasterCard Gold kartica.

(2) Osiguranik je korisnik MasterCard Gold kreditne kartice i od čije bolesti, nezgode ili smrti ovisi isplata osiguranog iznosa i koja je navedena na polici.

(3) Ugovor o osiguranju zaključuje se plaćanjem godišnje premije osiguranja od strane ugovaratelja odjednom za svaku godinu osiguranja.

(4) Potpisom generalne police ugovaratelj potvrđuje da je u potpunosti upoznat s ugovorenim uvjetima osiguranja.

### **II Spособnost za osiguranje**

#### **Članak 2.**

(1) Po ovim Posebnim uvjetima može se pojedinačno osigurati zdrava osoba do uključivo 70 godina života.

(2) Osobe starije od 70 godina isključene su iz osiguranja.

(3) Na temelju ovih Posebnih uvjeta ne mogu se osigurati:

- hrvatski državljani za vrijeme puta i boravka u drugoj državi u kojoj imaju prijavljeno prebivalište ili boravište s osnova obavljanja rada ili djelatnosti,
- stranci za vrijeme puta i boravka u domicilnoj državi.

(4) Duševno bolesne osobe i osobe koje nemaju potpunu poslovnu sposobnost su isključene iz osiguranja.

### **III Osigurateljno pokriće**

#### **Članak 3.**

(1) Osiguranje za hrvatske državljane i strance koji imaju reguliran boravak u Republici Hrvatskoj počinje u 00.00 sati onog dana koji je u polici naveden kao početak osiguranja, ali ne prije prelaska državne granice i prestaje važiti u 24.00 sata onog dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja, odnosno u trenutku osiguranikova prelaska državne granice pri povratku.

(2) Osiguratelj je isključivo u obvezi uz uvjet da je putna karta ili najamnina za automobil plaćena MasterCard Gold karticom ugovaratelja. Osiguranjem je pokriven neograničen broj putovanja tijekom jedne osigurateljne godine, uz uvjet da svako pojedinačno putovanje može trajati najviše do 30 dana. Ako putovanje traje više od 30 dana, osiguratelj ne pokriva rizike koji nastupe istekom ugovorenog roka pojedinačnog putovanja.

(3) Ovo zdravstveno osiguranje važi za sve države svijeta, osim države prebivališta osiguranika ili države u kojoj osiguranik ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu.

#### **Članak 4.**

(1) Ovo dragovoljno putno zdravstveno osiguranje pokriva troškove liječenja, kao i troškove prijevoza u domovinu u slučaju bolesti, nezgode ili smrti.

(2) Polica osiguranja pokriva troškove po osiguraniku za područje cijelog svijeta do ukupnog iznosa od 10.000 EUR-a i to do ukupno 5.000 EUR-a za slučaj bolesti i do 5.000 EUR-a za slučaj nezgode.

(3) Za pojedinačni slučaj sve troškove zajedno osiguratelj pokriva do osiguranog iznosa za slučaj bolesti odnosno nezgode iz prethodnog stavka.

(4) Ovo osiguranje pokriva troškove do visine navedene u stavku (2) ovog članka, ako su troškovi opravdani i nužni s medicinskog stajališta zbog:

- pregleda liječnika, uključujući i kućnu posjetu te troškove od liječnika propisanih lijekova;
- hospitalizacije u bolnici ili na klinici najdulje do 7 dana;
- prijevoza vozilom hitne pomoći do najbliže bolnice.

(5) Osiguraniku se iznimno, uz prethodnu suglasnost najbliže poslovnice CORIS-a, naknađuju opravdani i nužni troškovi prijevoza, ako se iz opravdanih zdravstvenih razloga ne može vratiti u mjesto svog prebivališta na način na koji je prvobitno namjeravao. Odluku o opravdanosti i provedbi repatrijacije donose isključivo liječnici osiguratelja. Ako osiguranik odbije repatrijaciju, osigurateljna obveza prestaje za sve ugovorene troškove nastale od trenutka osiguranikova odbijanja repatrijacije. Ako osiguranik organizira prijevoz po vlastitom nahodjenju, osiguratelj nije u obvezi za nastale troškove.

(6) Ovo osiguranje pokriva opravdane i nužne troškove uobičajenog prijevoza umrlog u mjesto prebivališta označenog u polici. Osiguratelj organizira prijevoz umrlog, a ako je obitelj osiguranika organizirala prijevoz prije odobrenja osiguratelja, osiguratelj pokriva troškove do iznosa koji bi uobičajeno snosio kao organizator prijevoza.

(7) Osiguratelj je u obvezi za troškove hospitalizacije u bolnici ili na klinici do 50,00 EUR-a po danu, ukupno do najviše 350,00 EUR-a. Troškovi iz ovoga stavka uračunavaju se u troškove liječenja iz stavka (2) ovog članka.

(8) Opravdanim i nužnim troškovima u smislu ovih Posebnih uvjeta razumijevaju 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.

#### **IV Isključenja i ograničenja osigurateljne obveze**

##### **Članak 5.**

(1) U cijelosti su isključene sve obveze osiguratelja, ako je slučaj nastao zbog:

1. potresa, epidemija, pandemija, zagađenja ili prirodnih katastrofa koje su bile poznate prije početka putovanja;
2. rata, unutarnjih nemira i ustanka, a posebno u državama: Afganistan, Bjelokosna obala, Burundi, Čad, Egipat, Irak, Iran, Kongo, Libija, Somalija, Sudan, Togo, Tunis;
3. pokušaja samoubojstva ili namjernog samoozlijeđivanja osiguranika;
4. nezgode nastale pri počinjenju kaznenog djela ili prekršaja s obilježjem nasilja počinjenog od strane osiguranika ili u kojem je djelu odnosno nasilju osiguranik aktivno sudjelovao;
5. nezgode koju je osiguranik namjerno izazvao ili koja proizlazi iz sudjelovanja u okladama;
6. vožnje motornim ili drugim prometnim sredstvom bez važeće vozačke dozvole odnosno dozvole kojom se dokazuje pravo na upravljanje tim prometnim sredstvom;
7. prekomjernog uživanja alkohola, droge ili lijekova;
8. kozmetičke operacije i drugih estetskih zahvata;
9. umjetne oplodnje ili nekog drugog liječenja steriliteta uključujući i troškove kontracepcije;
10. pregleda liječnika, liječenja i njege koja nije posljedica potrebne hitne medicinske pomoći ili nezgode;
11. korištenja droge ili narkotika koje liječnik nije propisao;
12. bilo koje profesionalne manualne ili fizičke aktivnosti koje nisu vezane uz turistički boravak ili bavljenja sportskom ili rekreacijskom aktivnošću koja nije ugovorena policom odnosno koja je isključena ovim Posebnim uvjetima;
13. sudjelovanja na auto-moto natjecanjima kao i u pripremama za njih;
14. nezgode u alpinizmu, sportskom letenju, padobranstvu, pri letenju zmajem ili jedrilicama;
15. nezgode kod skijanja izvan uređenih skijališta odnosno staza te za vrijeme ronjenja ili podvodnog ribolova;
16. pri pripremama i sudjelovanju na bilo kojim sportskim ili rekreacijskim aktivnostima ili sportskim natjecanjima bilo koje vrste, ako to u polici nije posebno ugovoreno ili su isključene ovim Posebnim uvjetima ili se održavaju na neosiguranim ili neuređenim prostorima.

(2) Osiguratelj nije u obvezi isplatiti naknadu za troškove nastale i u slijedećim slučajevima:

1. za sve kronične bolesti, bolesti ponavljajućeg karaktera, stresne psihičke poremećaje, kao i sve bolesti koje su već dijagnosticirane i liječene prije sklapanja ovog osiguranja, osim troškova u opsegu koji je nužan da se osiguranika dovede u stanje izvan životne opasnosti i to najviše do sveukupnog iznosa od 250 EUR-a;
2. zaraznih spolnih bolesti, AIDS-a, SARS-a, ptičje gripe, gripe virusa tipa H1N1 (svinjska gripa) i hepatitisa tipa B i C;
3. pri porodu ili komplikacija u trudnoći iza 6. mjeseca;
4. stomatološke pomoći, osim nužne stomatološke pomoći zbog zubobolje do visine 75 EUR-a;
5. terapijskih tretmana, termalnog liječenja, radioterapije, fototerapije, helioterapije, liječenja u barokomori;
6. troškovi nastali uslijed psihičkih ili depresivnih bolesti, osim u slučaju kada je, prema zdravstvenom kartonu osiguranika, takvo stanje bolesti prvi puta nastupilo kod osiguranika;
7. liječenja i njege koju pruža liječnik koji je član obitelji;
8. naknade zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu na temelju nekog drugog ugovora ili prava;
9. nabavke proteza, umjetnih udova ili opreme;
10. bilo kojeg cijepljenja;
11. iznad opravdanih i uobičajenih troškova za istu vrstu medicinske usluge u mjestu u kojem se usluga pruža;
12. bilo kojeg lijeka ili tretmana za koji se znalo da je potreban osiguraniku ili se nastavlja tijekom putovanja;
13. svakog operativnog ili medicinskog tretmana koji se može bez rizika po život osiguranika dogoditi do povratka u državu prebivališta;
14. za sve troškove iznad ugovorenog iznosa osiguranja ili limita;
15. bilo kojeg medicinskog tretmana ili pomoći u državi stalnog prebivališta.

#### **Članak 6.**

(1) Osigurateljna obveza postoji ako je osiguranik slučaj nastupio za vrijeme rekreativne sportske aktivnosti osiguranika, ali ne postoji osigurateljna obveza za sve amaterske i profesionalne sportske aktivnosti u svim sportovima.

#### **Članak 7.**

Ovi Posebni uvjeti i uvjeti police prestaju važiti i osiguratelj nije u obvezi kada osiguranik:

- ne poštuje osigurateljeve ili osigurateljnovog predstavnika upute za utvrđivanje prava iz osiguranja u slučaju bolesti ili nezgode;
- samovoljno odredi način, oblik ili opseg liječenja, repatrijacije ili prijevoza;
- na zahtjev osiguratelja ne prihvati pregled liječnika, kojega odredi osiguratelj ili njegov predstavnik;
- unatoč potpisu na polici, a zbog nužnog utvrđivanja prava iz ugovora, nije spreman osloboditi svoga liječnika profesionalne liječničke tajne.

#### **Članak 8.**

Polica nije važeća:

- za putovanja koja ne počinju u Republici Hrvatskoj,
- za osobu za koju se ne može ugovoriti osiguranje u smislu članka 2. ovih Posebnih uvjeta, a navedena je na polici ili priloženoj polici.

### **V Prijava osiguranog slučaja**

#### **Članak 9.**

(1) Osiguranik mora osiguratelju, odnosno asistenci osiguratelja, odmah javiti podatke o nastupu osiguranog slučaja za vrijeme puta i boravka u inozemstvu te dati sve informacije koje su potrebne za pravilno rješavanje šteta i mora ograničiti troškove na razumnu mjeru. Prijava se rješava isključivo u Republici Hrvatskoj, na temelju potpuno ispunjenog osigurateljnog predloška prijave.

(2) Osiguranik se mora ponašati po uputama koje dobije od osiguratelja ili njegovog predstavnika.

(3) U slučaju kada osiguranik i osiguratelj nisu suglasni u pogledu obveze osiguratelja i visine naknade, utvrđivanje spornih činjenica povjerit će vještacima. Osiguratelj i osiguranik imenuju po jednog vještaka.

Imenovani vještaci dužni su odrediti trećeg vještaka ukoliko njihovi nalazi nisu suglasni. Treći vještak daje svoje mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su sporne između imenovanih vještaka i u granicama njihovih nalaza i mišljenja. Svaka ugovorna strana plaća troškove vještaka kojeg je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća polovicu troškova.

### **Članak 10.**

(1) Osiguranik je dužan:

1. najkasnije 3 dana od dana povratka u zemlju prijaviti štetu i to tako da popunjenu prijavu i uz nju priložiti u izvorniku vjerodostojne liječničke nalaze, presliku zdravstvenih kartona kao i sva druga potrebna izvješća o tijeku liječenja koja odredi osiguratelj, uključivši i dokaz o stvarnom početku putovanja dostavi osiguratelju;
  2. po potrebi, posebnom punomoći, sukladno odredbama posebnih zakona o liječništvu odnosno zaštiti prava pacijenata ovlastiti osiguratelja za uvid u svu liječničku dokumentaciju koja je pohranjena u odgovarajućim medicinskim ustanovama u kojima se osiguranik do tada liječio te osiguratelju pružiti sva naknadna objašnjenja i predočiti na uvid odgovarajuće dokaze kako bi se u potpunosti utvrdile okolnosti u svezi s nastupom osiguranog slučaja;
  3. odazvati se na pregled liječniku ili zdravstvenom povjerenstvu koje odredi osiguratelj,
  4. priložiti sve originalne račune vezane za liječenje u zdravstvenoj ustanovi, koji moraju sadržavati ime i prezime osiguranika, vrstu i šifru bolesti, podatke o pruženim liječničkim tretmanima te vremenu pružanja, a u slučaju:
    - troškova nabave lijekova - recept izdan od strane liječnika te potvrđen račun ljekarne da je lijek plaćen,
    - stomatološkog tretmana - račun na kojem su navedeni podaci o liječenom zubu i provedenom tretmanu,
    - prijevoza posmrtnih ostataka - potvrdu o smrti i mrtvozornikovo izvješće o smrti iz koje je vidljiv uzrok smrti,
    - troškova spašavanja - račun službe spašavanja i uplatnicu kojom potvrđuje da je uplatio osiguratelju iznos troškova koje snosi sam osiguranik,
    - troškova prijevoza - račun hitne medicinske pomoći i uplatnicu kojom potvrđuje da je uplatio osiguratelju iznos troškova koje snosi sam osiguranik.
- (2) Osiguranik može tijekom trajanja osiguranja ovlastiti za obavljanje radnji iz stavka 1. točke 1. ovoga članka osobu prema svome izboru.
- (3) Osiguratelj ima pravo provjere vjerodostojnosti dostavljene liječničke dokumentacije iz stavka 1. ovoga članka. Osiguratelj može zatražiti prijevod dostavljene dokumentacije, a troškove prijevoda snosi korisnik osiguranja. Ako troškove prijevoda podmiri osiguratelj, odbit će se od iznosa štete.
- (4) Osiguranik je dužan osiguratelju dostaviti račune koje primi na svoju kućnu adresu bez odgađanja, a najkasnije u roku od tri dana od dana zaprimanja računa. Ukoliko osiguranik postupi suprotno, osiguratelj neće izdavatelju računa, odnosno opomene, naknaditi troškove opomene i zatezних kamata, koje snosi osiguranik.
- (5) Osiguranik odnosno korisnik osiguranja je dužan podnijeti prijavu osiguranog slučaja najkasnije u roku od 30 dana od dana završetka liječenja ili prijevoza u mjesto prebivališta odnosno u slučaju smrti nakon prijevoza posmrtnih ostataka.
- (6) Osiguranik odnosno korisnik osiguranja dužan je osiguratelju dostaviti sve tražene podatke od značaja za utvrđivanje nastupa osiguranog slučaja (dokaz o prelasku državne granice, dokaz o dolasku u mjesto i objekt smještaja, dokaz o uplaćenom turističkom aranžmanu itd.).

## **VI Zaključne odredbe**

### **Članak 11.**

U slučaju nezgode, koju prouzroči treća osoba, osiguratelj ima pravo na povrat troškova koji su isplaćeni osiguraniku.

### **Članak 12.**

Za sve moguće sporove u svezi s ovim dragovoljnim putnim zdravstvenim osiguranjem nadležan je sud u Republici Hrvatskoj s sjedištem u Zagrebu, uz primjenu hrvatskog prava.

### **Članak 13.**

Ovi Posebni uvjeti primjenjuju se od 1. siječnja 2012. godine.

***Naputak za ostvarivanje prava osiguranika odnosno korisnika osiguranja  
za isplatu osiguranog iznosa:***

(1) Svoj zahtjev za isplatu osiguranog iznosa osiguranik odnosno korisnik osiguranja uz priklop dokumentacije o osnovi i visini te ispunjenu prijavu štete podnosi mjesno najbližoj poslovnici Croatia osiguranja.

(2) Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju zaključenom prema ugovorenim uvjetima, prvenstveno će sve svoje eventualne sporove sa osigurateljem, koji proizlaze ili su u svezi sa predmetnim ugovorom o osiguranju, nastojati riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka osiguratelja o izvansudskom rješavanju sporova.

(3) Ukoliko ugovaratelj osiguranja, osiguranik ili korisnik osiguranja nisu zadovoljni odlukom, mogu podnijeti prigovor Povjerenstvu CROATIA osiguranja d.d. za rješavanje prigovora, koje je dužno podnositelju prigovora u roku od petnaest dana dostaviti pisanu Odluku o prigovoru.

(4) Nadzorno tijelo za nadzor nad društvom za osiguranje je Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga, Zagreb, Miramarska 24b.