

POSEBNI UVJETI

za dobrovoljno (dodatno) zdravstveno osiguranje korisnika usluga Hrvatske poštanske banke (HPB)

OPĆE ODREDBE

Članak 1.

Ovim Posebnim uvjetima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Uvjeti) uređuju se međusobna prava i obveze iz ugovora o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju sklopljenog između CROATIA zdravstveno osiguranje d.d. kao osiguratelja i HRVATSKA POŠTANSKA BANKA, dioničko društvo, kao ugovaratelja osiguranja.

Ovi Uvjeti su sastavni dio ugovora o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju kojeg ugovaratelj osiguranja sklopi s CROATIA zdravstvenim osiguranjem d.d., a kojim ugovaratelj osiguranja osigurava dobrovoljno (dodatno) zdravstveno osiguranje za sve svoje klijente-osiguranike.

Članak 2.

Prema ovim Uvjetima pojedini pojmovi iz Uvjeta ili ugovora o osiguranju imaju sljedeće značenje:

- ✚ **Ugovaratelj osiguranja** je HRVATSKA POŠTANSKA BANKA, dioničko društvo
- ✚ **Osiguratelj** je CROATIA zdravstveno osiguranje d.d.
- ✚ **Premija** je cijena osiguranja koju plaća ugovaratelj osiguranja prema ugovoru o osiguranju
- ✚ **Polica** osiguranja je isprava o osiguranju, kojom se dokazuje postojanje ugovora o osiguranju i svi bitni elementi ugovora, a posebice ugovaratelj osiguranja, osiguranik, premija osiguranja, trajanje osiguranja i datuma sklapanja ugovora o osiguranju.
- ✚ **Osigurani slučaj** je događaj na temelju kojeg osiguranik ostvaruje prava iz dobrovoljnog (dodatnog) zdravstvenog osiguranja, a odnosi se na organizaciju i ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu temeljem ugovora o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju koji ugovaratelj osiguranja sklopi sa osigurateljem.
- ✚ **Osigurateljna godina** ili **osigurateljno razdoblje** je razdoblje od najmanje godinu dana (dvanaest mjeseci) za koje je sklopljeno osiguranje i za koje se obračunava i plaća premija osiguranja.

OSIGURANA OSOBA

Članak 3.

Osigurana osoba (osiguranik) dobrovoljnog (dodatnoga) zdravstvenog osiguranja prema ovim Uvjetima je fizička osoba, klijent ugovaratelja osiguranja za koju je sklopljen ugovor o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju i kojoj pripadaju prava iz osiguranja, sukladno odredbama ugovora o osiguranju.

SKLAPANJE UGOVORA

Članak 4.

Ugovor o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju sklapa se između ugovaratelja osiguranja i osiguratelja temeljem Ugovora o poslovnoj suradnji, a koji su potpisali Banka kao ugovaratelj osiguranja i CROATIA zdravstveno osiguranje d.d. kao osiguratelj.

Ako osiguratelj u navedenom roku ne odbije ponudu koja je sukladna uvjetima pod kojima se sklapa ovo osiguranje, smatrat će se da je prihvatila ponudu i da je ugovor sklopljen.

Temeljem ugovora o osiguranju i plaćene premije, ugovaratelj osiguranja osiguraniku predaje voucher kojim osiguranik dokazuje status osiguranika i koji će osiguraniku služiti kao identifikacijska isprava, a osiguratelj izdaje policu osiguranja, koju dostavlja Banci kao ugovaratelju osiguranja.

PREDMET OSIGURANJA

Članak 5.

Predmet osiguranja su ugovorene medicinske usluge koje temeljem ovog Ugovora mogu koristiti osiguranici – korisnici Paketa proizvoda HRVATSKE POŠTANSKE BANKA, dioničko društvo

I PAKET

Ovaj paket namijenjen je studentima i radno aktivnom stanovništvu.

Osiguranik-korisnik, prilikom ugovaranja paketa bira jednu od ponuđenih opcija **dodatnog zdravstvenog osiguranja koja obuhvaća:**

1. 1 (jedan) pregled godišnje kod jednog od slijedećih specijalista medicinske struke, internist, kardiolog, gastroenterolog, dermatolog, oftalmolog, ginekolog i urolog ili
2. Laboratorijske pretrage prema medicinskoj indikaciji odnosno prijedlogu specijalista jedanput godišnje, jedna od pretraga: sedimentacija, KKS, GUK, trigliceridi, kolesterol, kompletna pretraga urina, PSA, , AST, ALT, GGT ili
3. Dijagnostičke obrade prema medicinskoj indikaciji odnosno prijedlogu specijalista jedanput godišnje, jedna od pretraga: EKG, UZ abdomena (žučni mjehur, žučni vodovi, jetra, gušterača, slezena, bubrezi, aorta i limfni čvorovi), fundus, tonometrija, Papanicolau test, stupanj čistoće, RTG srca i pluća.

Dodatne usluge: medicinski servis koji uključuje zdravstvene informacije i preporuke i usluge korisničke službe Asistenca.

II PAKET

Ovaj paket namijenjen je umirovljenicima, korisnicima tekućih računa HPB-a, kojima će HPB u sklopu ugovorenog Paketa proizvoda ugovoriti osiguranje drugog liječničkog mišljenja.

NAČIN KORIŠTENJA USLUGE I PAKETA

Članak 6.

U koliko je ugovorio **I paket** i želi koristiti jednu od usluga dodatnog zdravstvenog osiguranja iz odabrane opcije, Osiguranik se, nakon utvrđivanja potrebe za određenom medicinskom uslugom, od strane osiguranika ili prema

preporuci bilo kojeg doktora, dužan obratiti stručnoj liječničkoj službi Osiguratelja (Asistenciji), koja ugovara potrebnu vrstu i vrijeme pregleda u zdravstvenoj ustanovi, po mogućnosti prema želji osiguranika u najkraćem mogućem roku.

Medicinske usluge moguće je obaviti isključivo u ugovornim zdravstvenim ustanovama Osiguratelja.

Osiguranik nema pravo samostalno ugovarati obavljanje zdravstvene usluge koja je predmet ovog Ugovora. U suprotnom Osiguratelj neće snositi trošak za istu.

NAČIN KORIŠTENJA USLUGA II PAKETA- OSIGURANJE DRUGOG LIJEČNIČKOG MIŠLJENJA

Članak 7.

U koliko je ugovori **II paket**, Osiguranik ima pravo na organizaciju usluge drugog liječničkog mišljenja.

Osiguranik ima pravo na jedno drugo mišljenje u osigurateljnoj godini za zdravstvena stanja iz članka 8. ovih Uvjeta, koja su prvi puta dijagnosticirana za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju.

Osiguranik ima pravo na drugo mišljenje koje pružaju klinički specijalisti ili subspecijalisti, a treba pomoći osiguraniku i njegovu liječniku da donesu odluku glede dijagnoze i/ili liječenja.

Drugo se mišljenje sastoji od pisane procjene medicinske dokumentacije i pratećih dijagnostičkih podataka od strane odgovarajućeg kliničkog specijalista ili subspecijalista iz i po potrebi tumačenja nalaza CT, MRI, RTG, UZV, drugih radioloških studija ili patoloških studija, dijagnoze i/ili plana liječenja (ako je to primjenjivo na određeni slučaj).

Osiguravatelj se obvezuje da će drugo liječničko mišljenje u roku od 15 radnih dana biti izrađeno i dostavljeno osiguraniku.

Članak 8.

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

1. maligne bolesti
2. bolesti kralježnice (diskus hernije, tumori kičmene moždine)
3. degenerativne bolesti koljena, kuka i ramena
4. bolesti centralnog nervnog sustava
5. bolesti perifernog nervnog 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 ok (katarakta, glaukom)
12. kronična upala bubrega
13. kronično zatajenje bubrega
14. kronična zatajenja jetre
15. kronična zatajenja gušterače

Članak 9.

Zahtjev za drugo liječničko mišljenje osiguravatelju podnosi osiguranik ili od njega opunomoćena osoba. U slučaju nesposobnosti osiguranika za davanje punomoći, zahtjev podnosi član uže obitelji.

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

1. nalaz pregleda osiguranika obavljen unutar dva mjeseca prije dana kada je zatraženo drugo mišljenje

2. detaljnu povijest sadašnje bolesti (simptomi, znakovi, kronološki tijek)
3. detaljnu raniju anamnezu (bolesti, operacije, alergije na lijekove, kronične probleme i sl.)
4. kompletnu medicinsku dokumentaciju s tim da relevantni nalazi za traženje drugog mišljenja nisu stariji od 2 mjeseca
5. popis lijekova koje osiguranik trenutačno uzima, po mogućnosti s generičkim nazivom
6. presliku zdravstvenog kartona obiteljskog liječnika
7. bilo kakav drugi relevantni podatak iz osiguranikovog dosadašnjeg života.

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

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

Iznimno, na zahtjev osiguranika, drugom liječničkom mišljenju može prethoditi pregled čije troškove snosi osiguranik.

Osiguravatelj ne preuzima nikakvu odgovornost za prikupljanje kompletne medicinske dokumentacije od strane podnositelja zahtjeva kao niti za istinitost, potpunost i ažurnost informacija prikupljenih od strane podnositelja zahtjeva za ispunjenje stavka (4) ovog članka.

Osiguravatelj ne preuzima nikakvu odgovornost glede izrade ili sadržaja drugog liječničkog mišljenja kao niti glede odluke osiguranika i/ili podnositelja zahtjeva o načinu korištenja ili nekorisćenja drugog mišljenja.

Članak 10.

Druga mišljenja prema ovim Uvjetima neće se pružati za zdravstvena stanja koja su nastala direktno ili indirektno zbog:

1. pokušaja samoubojstva u bilo kojem trenutku ili povreda koje si je osiguranik sam nanio ili povreda nanesenih od strane treće osobe s osiguranikovom privolom
2. uporabe alkohola ili droge
3. AIDS-a, stanja i/ili bolesti povezanih s AIDS-om, spolno prenosivih bolesti ili ako je osiguranik HIV pozitivan ili to postane
4. radioaktivne kontaminacije
5. trovanja ili udisanja otrovnih plinova
6. kongenitalnih anomalija ili porođajnih oštećenja koja se manifestiraju odmah pri porodu ili se mogu kasnije manifestirati.

PREMIJA OSIGURANJA

Članak 11.

Premiju osiguranja plaća ugovaratelj osiguranja HRVATSKA POŠTANSKA BANKA, dioničko društvo, na način i pod uvjetima ugovorenim Ugovorom o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju između Ugovaratelja osiguranja i Osiguratelja.

Obveza CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. prema osiguraniku počinje idućeg dana od dana uplate premije. U koliko ugovaratelj osiguranja ne plati premiju u roku, na način i pod uvjetima ugovorenim Ugovorom o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju, osiguratelj ima pravo uskratiti organizaciju zdravstvene usluge osiguraniku, sve do trenutka uplate dospjela dužne premije od strane ugovaratelja osiguranja.

POČETAK,TRAJANJE I PRESTANAK OSIGURANJA

Članak 12.

Osiguranje se, prema ovim Uvjetima sklapa se na rok od najmanje 1 godine.

Osiguranje počinje, odnosno ugovor o osiguranju proizvodi svoje pravne učinke, od 00,00 sati onog dana koji je u polici naveden kao dan početka osiguranja i prestaje u 24,00 sati posljednjeg dana roka na koji je osiguranje ugovoreno i koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja, odnosno ako nije u polici drukčije naznačeno, te uz uvjet da je plaćena premija osiguranja u ugovorenom roku.

Članak 13.

Osiguratelj neće za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju mijenjati ove Uvjete.

Članak 14.

Osiguranje prestaje kada istekne ugovoreno trajanje ugovora o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju.

Osiguranje prestaje i prije isteka razdoblja na koje je sklopljen ugovor o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju sa danom:

- ako je otkazan (raskinut) ugovor o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju između Ugovaratelja osiguranja i Osiguratelja
- raskinut ugovor o paketu između Ugovaratelja osiguranja i klijenta-osiguranika
- kada nastupi smrt osiguranika
- prestane postojati zakonska osnova za osiguranje.

Članak 15.

Ako ugovaratelj osiguranja i osiguratelj raskinu ugovor o dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju, osiguratelj se obvezuje o tome neodgodivo obavijestiti osiguranika, koji je dužan osiguratelju i ugovaratelju osiguranja vratiti voucher u roku od 8 dana.

NESUGLASNOST STRANAKA

Članak 16.

U slučaju kada ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik i CROATIA zdravstveno osiguranje d.d. nisu suglasni glede ostvarivanja prava i obveza iz ugovora o osiguranju, u načelu sporazumno rješavaju sporne okolnosti.

Ukoliko se stranke ne mogu sporazumjeti mirnim putem imenovat će stručnu osobu i povjeriti joj rješavanje spornih okolnosti s tim da će obje strane uplatiti predujam u jednakom iznosu. Imenovana stručna osoba očitovat će se samo na sporne okolnosti.

Imenovana stručna osoba može biti pravnik ili vještak medicinske struke koji će odluku donijeti koristeći se medicinskom dokumentacijom i ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju te odgovarajućim propisima.

Ocjena imenovane stručne osobe obvezuje obje strane, a trošak snose ovisno o odluci.

PODNOŠENJE PRITUŽBI

Članak 17.

Pritužba je izjava nezadovoljstva upućena Osiguratelju zbog njegovog postupanja odnosno postupanja Ugovaratelja osiguranja. Podnositelj pritužbe u smislu ovih Uvjeta može biti Osiguranik.

Pritužba se može izjaviti usmeno na zapisnik na adresi Osiguratelja ili podnijeti putem:

- pošte - adresa za primanje pritužbi: CROATIA zdravstveno osiguranje d.d., Pritužba, Savska c. 41 (XVIII kat), Zagreb
- telefaksa – broj faxes: 01/633 2777
- elektroničkom poštom - na e-mail: czo-prituzbe@crosig.hr

Rok za podnošenje pritužbe protiv odluke ili postupanja Osiguratelja je 15 dana od dana kada je podnositelj pritužbe primio odluku na koju podnosi pritužbu, odnosno od dana kada je saznao za razloge pritužbe.

Pritužba treba sadržavati:

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

Osiguratelj se obvezuje u pisanom obliku odgovoriti na pritužbu najkasnije u roku od 15 dana od dana primitka pritužbe.

Ako je pritužba podnesena elektroničkom poštom ili podnositelj pritužbe to izričito traži, odgovor na pritužbu može se poslati elektroničkom poštom, uz poštivanje propisa koji uređuju zaštitu osobnih podataka.

Ukoliko Osiguratelj ne može odgovoriti na pritužbu u okviru roka iz prethodnog stavka obavijestit će podnositelja pritužbe o razlozima kašnjenja i naznačiti približan rok do kada će biti odgovoreno na pritužbu.

ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 18.

Na Ugovor o osiguranju sklopljen po ovim Uvjetima osim odredbi Uvjeta primjenjuju se i odredbe Zakona o obveznim odnosima, Zakona o osiguranju i Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.