

Dokument s informacijama o proizvodu osiguranja

Društvo: CROATIA osiguranje d. d. sa sjedištem u Republici Hrvatskoj
koje ima odobrenje za obavljanje poslova osiguranja i reosiguranja

Proizvod: Dodatno zdravstveno osiguranje – program PRIMARIJUS PLUS

Dokument je informativnog karaktera i sadržava bitne informacije o proizvodu. Detaljnije informacije o pokriću i drugim pravima i obvezama iz ugovora o osiguranju nalaze se u ostaloj predugovornoj i ugovornoj dokumentaciji. Na ovo osiguranje primjenjuju se Opći uvjeti dodatnog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti) i Dodatni uvjeti za program PRIMARIJUS PLUS (u daljnjem tekstu: Dodatni uvjeti).

Vrsta osiguranja

Dodatnim zdravstvenim osiguranjem (program PRIMARIJUS PLUS) osigurava se viši standard zdravstvene zaštite i veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.



Pokriće osiguranja

- ✓ 1 sistematski pregled godišnje
- ✓ 3 specijalistička pregleda godišnje
- ✓ 3 kontrolna pregleda godišnje po obavljenom specijalističkom ili sistematskom pregledu
- ✓ 18 usluga medicinske dijagnostike godišnje prema indikaciji doktora medicine ili liječnika specijaliste
- ✓ 2 usluge endoskopije godišnje prema indikaciji doktora medicine ili liječnika specijaliste
- ✓ 20 laboratorijskih pretraga godišnje prema indikaciji doktora medicine ili liječnika specijaliste
- ✓ 5 pretraga hormona i tumorskih markera godišnje
- ✓ 1 usluga MR-a godišnje prema indikaciji liječnika specijaliste
- ✓ 1 usluga CT-a godišnje prema indikaciji liječnika specijaliste
- ✓ 1 usluga ambulantne medicinske rehabilitacije godišnje prema indikaciji liječnika specijaliste
- ✓ dentalno liječenje do 132,72 EUR godišnje isključivo od posljedica nesretnog slučaja što uključuje hitno zbrinjavanje, usluge oralne kirurgije, konzervativnog liječenja i protetske usluge
- ✓ USLUGA PLUS do 132,72 EUR godišnje prema indikaciji liječnika specijaliste

Uz osnovno pokriće moguće je ugovoriti sljedeće:

- Osiguranje dentalnih usluga (DP2)
- Dopunsko zdravstveno osiguranje (DP4)
- Osiguranje drugog liječničkog mišljenja (DP5)
- Osiguranje troškova liječenja u inozemstvu (DP6)
- Osiguranje dodatnog osiguranika (DP13)
- Osiguranje doplata za lijekove s dopunske liste HZZO-a (DP14)
- Osiguranje drugog liječničkog mišljenja „Diagnose.me“ (DP15)
- Osiguranje naknade zaposlenim osobama zbog privremene nesposobnosti za rad (DP16)



Što nije pokriveno osiguranjem

Isključena je obveza osiguratelja naknaditi osiguraniku:

- ✗ troškove ortodontskih usluga, pomagala te oštećenja ili gubitka prirodnog zuba do kojeg je došlo zbog konzumiranja tvrde hrane ili stranog tijela u ustima
- ✗ troškove medicinskih usluga ako su indicirane od doktora medicine ili liječnika specijaliste prije ugovaranja programa PRIMARIJUS PLUS ili za vrijeme trajanja karence
- ✗ iz ugovorenog pokrića troškova medicinskih usluga unutar USLUGE PLUS Isključeni su troškovi terapijskih postupaka, operativnih zahvata, ortopedskih pomagala i lijekova
- ✗ ostala isključenja navedena su u čl. 11. Općih uvjeta dodatnog zdravstvenog osiguranja



Ograničenja pokrića

- ! Osiguratelj nije u obvezi pružiti zdravstvene usluge nastale za vrijeme trajanja **karence**, a koje razdoblje, ovisno o pojedinoj medicinskoj usluzi, traje 15, 60 ili 90 dana od početka trajanja osiguranja. Karenca se ne primjenjuje kod sklapanja novog ugovora ako je isti sklopljen u rok od 30 dana od dana prestanka prethodnog ugovora pod uvjetom da je na oba ugovora osiguranik ista osoba.
- ! Pri korištenju usluga dentalne medicine osiguranik mora započeti liječenje unutar 48 sati od datuma i vremena nesretnog slučaja i zadobivanja ozljede, u kojem slučaju sudjeluje u troškovima usluga dentalne medicine u visini od 30%.
- ! Svaku pojedinu dijagnostičku obradu iz čl. 2. st. 1. Dodatnih uvjeta moguće je koristiti najviše tri puta godišnje do ukupno osamnaest dijagnostičkih usluga.
- ! Svaku pojedinu laboratorijsku pretragu iz čl. 2. st. 1. Dodatnih uvjeta moguće je koristiti najviše tri puta godišnje do ukupno dvadeset laboratorijskih pretraga.

- Onko plan

- ! Svaku pojedinu pretragu hormona i tumorskih markera iz. čl. 2 st. 1. Dodatnih uvjeta moguće je koristiti najviše tri puta godišnje do ukupno pet usluga.
- ! Osiguranik može koristiti najviše devet kontrolnih pregleda godišnje. Kontrolni pregled se može koristiti pod uvjetom da je isti obavljen unutar 90 dana od dana prvog specijalističkog, sistematskog ili prethodnog kontrolnog pregleda.
- ! Po jednom MR pregledu osiguranik ima pravo na pregled do najviše dvije regije.
- ! Po jednom CT pregledu osiguranik ima pravo na pregled do najviše dvije regije.
- ! Zdravstvene usluge preventivnog karaktera bez medicinske indikacije, iz čl. 2. st. 6. Dodatnih uvjeta, mogu biti pružene samo jednom unutar osigurateljne godine. U slučaju potrebe za dodatnom zdravstvenom uslugom iste vrste unutar iste osigurateljne godine, za pružanje iste mora postojati medicinska indikacija
- ! Ako je ugovoreno osiguranje dodatnog osiguranika (DP13), dodatni osiguranik ima pravo zajedno s osnovnim osiguranikom koristiti sve usluge navedene u Dodatnim uvjetima osim usluge sistematskog pregleda. Broj istih zdravstvenih usluga koje koriste osnovni i dodatni osiguranici ograničen je maksimalnim brojem zdravstvenih usluga u osigurateljnoj godini kako je navedeno u čl. 2. st. 1. Dodatnih uvjeta.



Zemljopisni opseg osiguranja

- ✓ Osiguranjem su obuhvaćene zdravstvene usluge koje se pružaju na području Republike Hrvatske.



Koje su moje obveze

- Platiti premiju osiguranja u rokovima i na način koji je ugovoren za cijelo vrijeme trajanja osiguranja.
- Prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti osiguratelju sve okolnosti i podatke koji su od značenja za ocjenu rizika i sklapanje ugovora, a koji su mu poznati ili mu nisu mogli ostati nepoznati.
- Tijekom osiguranja pisanim putem izvijestiti osiguratelja o promjeni imena i prezimena/naziva, adrese stanovanja/sjedišta, kao i o povećanju rizika.
- Za zdravstvene usluge za koje je sukladno Dodatnim uvjetima za program PRIMARIJUS PLUS potrebna medicinska indikacija, dostaviti na uvid medicinskom savjetniku osiguratelja relevantnu medicinsku dokumentaciju iz koje se može utvrditi postojanje indikacije za traženu zdravstvenu uslugu.
- U slučaju nemogućnosti dolaska na dogovoreni termin pružanja zdravstvene usluge, putem medicinskog savjetnika osiguratelja, otkazati dogovoreni termin odmah po saznanju za nemogućnost dolaska, a najkasnije u roku 48 sati prije dogovorenog termina.
- Ako su ugovaratelj i osiguranik ista osoba, obveze ugovaratelja odnose se i na osiguranika.



Kada i kako platiti osiguranje

Premija se može platiti odjednom ili u ugovorenim rokovima.

Ako se ugovori plaćanje premije odjednom, premija osiguranja plaća se prilikom sklapanja ugovora o osiguranju.

Ako se ugovori plaćanje premije u obrocima, prvi obrok premije dospijeva prilikom sklapanja ugovora o osiguranju.

Premija osiguranja plaća se gotovinom, uplatnicom, SEPA izravnim terećenjem ili karticom.



Datum početka i završetka pokrića

Ugovor o osiguranju sklapa se na određeno vrijeme koje ne može biti kraće od 2 (dvije) godine.

Ako se drukčije ne ugovori, osigurateljno pokriće počinje istekom dana koji je ugovoren kao početak trajanja osiguranja ako je do toga dana plaćena premija ili prvi obrok premije osiguranja, a inače istekom onog dana kada je plaćena premija ili prvi obrok premije.

Kod ugovora o osiguranju sklopljenih na daljinu osigurateljno pokrće počinje istekom dana koji je ugovoren kao početak trajanja osiguranja pod uvjetom da je ugovaratelj osiguranja izričito pristao prije isteka roka za jednostrani raskid platiti premiju i da se ugovor počinje ispunjavati prije isteka roka za jednostrani raskid ugovora.

Ako se sukladno primjenjujućim uvjetima osiguranja primjenjuje karenca, neovisno o načinu sklapanja ugovora, osigurateljno pokrće počinje, ovisno o vrsti medicinske usluge, 16. (šesnaestog), 61. (šezdesetprvog) ili 91. (devedesetprvog) dana od dana početka trajanja osiguranja i pod uvjetom da je do tog dana plaćena premija ili prvi obrok premije osiguranja.

Osigurateljno pokrće prestaje istekom dana koji je ugovoren kao dan isteka osiguranja, smrću osiguranika, istekom posljednjeg dana kalendarske godine u kojoj je osiguranik navršio 70 (sedamdeset) godina života, istekom dana prestanka postojanja zakonske osnove za osiguranje ili prestankom ugovora o osiguranju (istekom/otkazom).



Raskid ugovora

Ako je ugovor o osiguranju sklopljen u trajanju dužem od 5 (pet) godina, ugovaratelj osiguranja može ga otkazati istekom tog roka upućivanjem pisane obavijesti osiguratelju i poštujući otkazni rok u trajanju od 6 (šest) mjeseci.

Ugovor o osiguranju sklopljen u trajanju kraćem od 5 (pet) godina nije moguće otkazati.

Ako se za vrijeme trajanja ugovora promijene uvjeti osiguranja koji utječu na bitne elemente ugovora, ugovor se može raskinuti u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti osiguratelja o promjeni uvjeta osiguranja.

Ako je ugovor o osiguranju sklopljen na daljinu ugovaratelj osiguranja može ga u svojstvu potrošača jednostrano raskinuti u roku od 14 (četrnaest) dana od dana sklapanja ugovora u pisanom obliku ne navodeći razloge za raskid. Ako je potrošač primjenjujuće uvjete, ugovorne odredbe i predugovorne informacije zaprimio nakon sklapanja ugovora, rok od 14 (četrnaest) dana započinje teći od dana zaprimanja tih dokumenata.