

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 putnom zdravstvenom osiguranju, kojeg ugovaratelj osiguranja dragovoljno ugovori s CROATIA osiguranjem d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).
- (2) Ugovaratelj je osoba koja sklopi s osigurateljem ugovor o osiguranju.
- (3) Osiguranik je fizička osoba od čije bolesti, nezgode ili smrti ovisi isplata osiguranog iznosa i koja je navedena na polici ili popisu u prilogu polici.
- (4) Korisnikom osiguranja u smislu ovih Posebnih uvjeta podrazumijeva se osiguranik ili svaka treća osoba koja dokaže da je snosila troškove koji se nadoknađuju ovim osiguranjem.
- (5) Osigurani iznos je najveći iznos do kojeg je osiguratelj u obvezi, a mora biti upisan na polici osiguranja.
- (6) Premija osiguranja utvrđena je cjenikom osiguranja, a ovisi o osiguranom iznosu, rizicima, doplatcima i ugovorenom trajanju osiguranja. Uz premiju osiguranja ugovaratelj osiguranja je dužan platiti sva davanja sukladno propisima o porezima i ostalim davanjima Republike Hrvatske.
- (7) Ugovor o osiguranju zaključuje se potpisom police od strane ugovornih strana i plaćanjem premije osiguranja od strane ugovaratelja isključivo prije početka putovanja u inozemstvo. Ugovor koji je sklopljen nakon početka putovanja smatra se nevažećim.
- (8) Potpisom police ugovaratelj potvrđuje da je u potpunosti upoznat s ugovorenim uvjetima osiguranja.

II SPOSOBNOST 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 do zaključno navršene 80. godine života mogu se osigurati isključivo po programu A, s osiguranim iznosima do 5.000 EUR-a (37.672,50 kn) za slučaj bolesti i do 7.500 EUR-a (56.508,75 kn) za slučaj nezgode, samo ako su zdrave, kada putuju u skupini i uz posebnu premiju.
- (3) Obiteljska polica ugovara se za članove uže obitelji. Članovima uže obitelji razumijevaju se osiguranikov bračni drug i djeca do 28. godine starosti. Ako su na obiteljskoj polici navedene osobe koje nisu osiguranikov bračni drug ili djeca, polica je nevažeća za te osobe kao i za djecu stariju od navršene 28. godine života.
- (4) 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.
- (5) Osobe s duševnim smetnjama i osobe koje nemaju potpunu poslovnu sposobnost isključene su 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) Osiguranje se može ugovoriti za boravak u inozemstvu za najduže do godinu dana. Individualna godišnja polica za neograničeni broj putovanja u inozemstvo ugovara se, u pravilu, zbog povremenog poslovnog boravka osiguranika u inozemstvu i u kojem slučaju 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) Ako je ugovoreno i kada je plaćena povećana premija, ovo zdravstveno osiguranje važi za sve države svijeta, osim države prebivališta osiguranika ili države u kojoj osiguranik ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu. Visina

- premijske osiguranja ovisi o dijelu svijeta u koji osiguranik putuje i sportu kojim se namjerava baviti tijekom putovanja odnosno boravka u inozemstvu.
- (4) Ovim osiguranjem su obuhvaćene sportske ili rekreacijske aktivnosti samo ako je plaćena doplatna premija.
 - (5) Osiguratelj za hrvatske državljane pokriva tranzit kroz sve zemlje i u kojem slučaju proputovanje može trajati najviše do 24 sata.

Članak 4.

- (1) Osiguratelj pruža osigurateljno pokriće za slučaj hitne medicinske pomoći koja je potrebna zbog iznenadne bolesti osiguranika ili posljedica nesretnog slučaja za vrijeme boravka u inozemstvu.
- (2) Osigurani slučaj započinje početkom liječničkog tretmana i završava u trenutku kada, s medicinske strane gledišta, ne postoji više potreba za tretmanom. U slučaju kada se liječnički tretman mora proširiti na bolest ili posljedicu nesretnog slučaja koja nije uzročno povezana s već započetim liječenjem, smatra se da je nastao novi osigurani slučaj.
- (3) Osiguratelj će na temelju ovih Posebnih uvjeta nadoknaditi slijedeće troškove nastale uslijed nužnog hitnog medicinskog tretmana za vrijeme privremenog boravka u inozemstvu (osim isključenja navedenih u članku 7., ali najviše do ugovorenog iznosa osiguranja):
 - a) ambulantni liječnički tretman (izvanbolničko liječenje);
 - b) lijekove i zavoje prepisane od strane liječnika;
 - c) medicinska pomagala i pomagala za hodanje koja su nužna kao dio tretmana za polomljene ekstremitete i ozljede propisane od strane liječnika;
 - d) dijagnoza rentgenom, ultrazvukom ili magnetnom rezonancom;
 - e) bolničko liječenje u ustanovi koja se općenito u stranoj državi u kojoj je nastupio osigurani slučaj smatra bolnicom koja provodi osiguranikov stalni nadzor od strane liječnika, koja ima dovoljan broj dijagnostičke i terapijske opreme i ograničava usluge na znanstveno priznate metode, koje su klinički testirane u toj državi. U slučaju nastanka osiguranog slučaja koristit će se bolnica u mjestu u kojem je osiguranik odsjeo ili najbliža prikladna bolnica;
 - f) troškove prijevoza od strane priznatih uslužnih servisa za hitnu pomoć u najbližu bolnicu ili do najbližeg dostupnog liječnika;
 - g) troškove prijevoza u specijalnu kliniku ako je to medicinski nužno i prepisano od strane liječnika;
 - h) operacije (uključujući i s operacijama povezane troškove);
 - i) stomatološkog tretmana, ali samo u slučaju akutne zubobolje.
- (4) Maksimalno osigurateljno pokriće za pojedinačno putovanje određeno je osiguranim iznosom navedenim na polici osiguranja. Ugovorom o osiguranju na temelju ovih Posebnih uvjeta, cjenika i programa osiguravatelja mogu se ugovoriti i drugi oblici osiguranja odnosno modaliteti obujma i limiti pokrića po polici koji se ugovaraju na temelju posebnih klauzula odnosno odredbi o osiguranju i u kojem slučaju važe osigurani iznosi navedeni na polici.
- (5) Polica osiguranja u pravilu pokriva troškove po osiguraniku za područje cijelog svijeta:
 - a) do 10.000 EUR-a (75.345,00 kn) za slučaj bolesti i do 15.000 EUR-a (113.017,50 kn) za slučaj nezgode (Program A) ili
 - b) do 30.000 EUR-a (226.035,00 kn) za slučaj bolesti i do 30.000 EUR-a (226.035,00 kn) za slučaj nezgode (Program B) ili
 - c) do ukupnog iznosa od 100.000 EUR-a (753.450,00 kn) za sve slučajeve bolesti i nezgode (program C).
- (6) Za pojedinačni slučaj sve troškove zajedno osiguratelj u Programu A i Programu B iz stavka (5) točke a) i b) ovog članka pokriva do osiguranog iznosa za slučaj bolesti odnosno nezgode. Policom se mogu ugovoriti i drugi limiti osiguranog iznosa.
- (7) U Programu C) iz stavka 5. točke c) ovog članka osigurani iznos predstavlja ukupnu najveću isplatu osigurnine za sve osigurane slučajeve koji se dogode za vrijeme trajanja osiguranja. Nakon isplate policom ugovorenog ukupnog osiguranog iznosa za vrijeme trajanja osiguranja, osigurateljna obveza prestaje. Ako je Programom C ugovoreno obiteljsko osiguranje, ugovoreni osigurani iznos ne odnosi se na pojedinog osiguranika, već na sve članove obitelji navedene u polici.
- (8) Osiguraniku se iznimno, uz prethodnu suglasnost najbliže poslovne osiguravateljeve asistencije, 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.
- (9) 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.

(10) Ako je policom ugovoren Program A, osiguratelj je u obvezi za troškove:

- iz stavka (8) ovog članka najviše do 2.000 EUR-a (15.069,00 kn),
- iz stavka (9) ovog članka najviše do 3.000 EUR-a (22.603,50 kn),
- spašavanja helikopterom hitne medicinske pomoći najviše do 2.500 EUR-a (18.836,25 kn).

(11) 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 OSIGURANJE STRANACA

Članak 5.

- (1) Odredbe ovih Posebnih uvjeta primjenjuju se i na strance do 70 godina života koji turistički borave izvan države prebivališta u razdoblju unutar 180 dana i koji za vrijeme boravka u Republici Hrvatskoj ne obavljaju honorarnu djelatnost kao i za osobe koje zbog viznog sustava moraju imati ugovorenu privremenu zdravstvenu zaštitu za vrijeme boravka u Republici Hrvatskoj. Osobe starije od 70 godina do zaključno navršene 80. godine života mogu se osigurati isključivo po programu A s osiguranim iznosima do 5.000 EUR-a (37.672,50 kn) za slučaj bolesti i do 7.500 EUR-a (56.508,75 kn) za slučaj nezgode samo ako su zdrave, kada putuju u skupini i uz posebnu premiju.
- (2) Osiguranje za strance iz stavka (1) ovog članka započinje u 00.00 sati onog dana koji je u polici naveden kao početak osiguranja, ali ne prije osiguranikova prelaska državne granice pri izlasku iz države prebivališta i prestaje važiti u 24.00 sata onog dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja ili ranije ako osiguranik prijeđe državnu granicu Republike Hrvatske na odlasku u državu prebivališta prije tog vremena.
- (3) Osigurateljno pokrivanje za strance važi isključivo na teritoriju Republike Hrvatske, osim u polici posebno ugovorenim slučajevima na temelju pozitivnih zakonskih propisa.
- (4) Na temelju ovog članka ne mogu se osigurati stranci bipatridi koji su hrvatski državljani.

Članak 6.

- (1) Osiguratelj pruža osigurateljno pokrivanje za slučaj hitne medicinske pomoći koja je potrebna zbog iznenadne bolesti osiguranika ili posljedica nesretnog slučaja za vrijeme boravka u Republici Hrvatskoj.
- (2) Osigurani slučaj započinje početkom liječničkog tretmana i završava u trenutku kada, s medicinske strane gledišta, ne postoji više potreba za tretmanom. U slučaju kada se liječnički tretman mora proširiti na bolest ili posljedicu nesretnog slučaja koja nije uzročno povezana s već započetim liječenjem, smatra se da je nastao novi osigurani slučaj. Osigurani slučaj uključuje i nužni transport u državu prebivališta (repatrijacija) zbog potrebe navedenog medicinskog tretmana.
- (3) Osiguratelj će na temelju ovih Posebnih uvjeta nadoknaditi slijedeće troškove nastale uslijed nužnog hitnog medicinskog tretmana za vrijeme privremenog boravka u Republici Hrvatskoj (osim isključenja navedenih u članku 7., ali najviše do ugovorenog iznosa osiguranja):
 - a) ambulantni liječnički tretman (izvanbolničko liječenje);
 - b) lijekove i zavoje prepisane od strane liječnika;
 - c) medicinska pomagala i pomagala za hodanje koja su nužna kao dio tretmana za polomljene ekstremitete i ozljede propisane od strane liječnika;
 - d) dijagnoza rentgenom, ultrazvukom ili magnetnom rezonancom;
 - e) bolničko liječenje u ustanovi koja se općenito u Republici Hrvatskoj smatra bolnicom koja provodi osiguranikov stalni nadzor od strane liječnika, koja ima dovoljan broj dijagnostičke i terapijske opreme i ograničava usluge na znanstveno priznate metode, koje su klinički testirane u Republici Hrvatskoj. U slučaju nastanka osiguranog slučaja koristit će se bolnica u mjestu u kojem je osiguranik odsjeo ili najbliža prikladna bolnica;
 - f) troškove prijevoza od strane priznatih uslužnih servisa za hitnu pomoć u najbližu bolnicu ili do najbližeg dostupnog liječnika;
 - g) troškove prijevoza u specijalnu kliniku ako je to medicinski nužno i prepisano od strane liječnika;
 - h) operacije (uključujući i s operacijama povezane troškove);
 - i) stomatološkog tretmana, ali samo u slučaju akutne zubobolje.
- (4) Polica osiguranja pokriva troškove po osiguraniku do iznosa:

- a) do 10.000 EUR-a (75.345,00 kn) za slučaj bolesti i do 15.000 EUR-a (113.017,50 kn) za slučaj nezgode (program A) ili
- b) do 30.000 EUR-a (226.035,00 kn) za slučaj bolesti i do 30.000 EUR-a (226.035,00 kn) za slučaj nezgode (program B).
- (5) Za pojedinačni slučaj sve troškove zajedno osiguratelj pokriva do osiguranog iznosa za slučaj bolesti odnosno nezgode iz prethodnog stavka. Policom se mogu ugovoriti i drugi limiti osiguranog iznosa.
- (6) Osiguraniku se iznimno, uz prethodnu suglasnost osiguratelja u suradnji s poslovnicom osiguravateljeve asistencije, naknadu opravdani i nužni troškovi prijevoza ako se iz opravdanih zdravstvenih razloga ne može vratiti u mjesto svog prebivališta u domicilnoj državi 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 nahođenju, osiguratelj nije u obvezi za nastale troškove.
- (7) Ovo osiguranje pokriva opravdane i nužne troškove uobičajenog prijevoza umrlog u domicilnu državu odnosno 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.
- (8) Osiguratelj je u obvezi za troškove:
 - iz stavka (6) ovog članka najviše do 2.000 EUR-a (15.069,00 kn),
 - iz stavka (7) ovog članka najviše do 3.000 EUR-a (22.603,50 kn),
 - spašavanja helikopterom hitne medicinske pomoći najviše do 2.500 EUR-a (18.836,25 kn).
- (9) Ovim osiguranjem su obuhvaćene sportske ili rekreacijske aktivnosti stranaca samo ako je plaćena doplatna premija.
- (10) 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.

V ISKLJUČENJA I OGRANIČENJA OSIGURATELJNE OBVEZE

Članak 7.

- (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, ustanka, terorizma i drugih ratnih rizika, osim ako je posebno ugovoreno i plaćena doplatna premija za sve ratne rizike;
 3. pokušaja samoubojstva ili namjernog samoozljeđivanja 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 sterilizacijom 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 sljedećim 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 (1.883,63 kn). Iznimno, ako je posebno ugovoreno i plaćena doplatna premija te ako je koja od navedenih bolesti dovela osiguranika u stanje zbog kojeg mu je bila pružena hitna medicinska pomoć zbog spašavanja života, osiguratelj će pokriti nužne troškove medicinske intervencije vezane uz spašavanje života do ugovorenog iznosa za slučaj bolesti, dočim druge medicinske usluge, tretmane i pomagala za kojim nastane potreba povodom takve intervencije, osiguratelj ne nadoknađuje;
 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 akutne zubobolje do visine 100 EUR-a (753,45 kn);
 5. bilo kojeg oblika terapijskih ili rehabilitacijskih 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 odgoditi 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
 16. troškove repatrijacije ili prijevoza umrlog ako je osiguranik bio u inozemstvu na prethodno ugovorenom liječenju, operaciji i u svim drugim slučajevima medicinskog tretmana koji nije ugovoren ovim Posebnim uvjetima;
 17. nastavka liječenja ili drugog medicinskog tretmana po povratku osiguranika u državu prebivališta odnosno državu iz koje je započeo putovanje (domicilna država).

Članak 8.

- (1) Ako je ugovaratelj osiguranja prilikom zaključivanja police osiguranja dao netočne podatke o svrsi putovanja i boravka u inozemstvu, prigodom rješavanja štete naknada će se umanjiti u razmjeru između iznosa plaćene premije i premije koju je trebalo platiti.
- (2) Osigurateljna obveza ne postoji ako je osigurani slučaj nastupio za vrijeme sportske ili rekreacijske aktivnosti osiguranika, a nije ugovorena niti plaćena odgovarajuća doplatna premija.

Članak 9.

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

- ne obavijesti osiguratelja ili njegovog predstavnika, telefonom, telefaksom ili pismom, odmah po nastupu osiguranog slučaja, odnosno u opravdanim slučajevima najkasnije u roku od 48 sati od početka bolesti ili nastanka nezgode za vrijeme putovanja i boravka u inozemstvu, a u svakom slučaju prije nastanka troška pokrivenog ovim osiguranjem;
- ne poštuje osigurateljeve ili osigurateljegov 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 10.

Polica nije važeća:

- za putovanja koja ne počinju u Republici Hrvatskoj, osim za strance iz članka 5. ovih Posebnih uvjeta;
- ako se ugovorenom policom osiguranje nastavilo s prvim sljedećim danom na prethodno ugovorenu policu;
- ako je ugovorena i izdana nakon početka putovanja;
- za osobu za koju se ne može ugovoriti osiguranje u smislu članka 2. i članka 5. ovih Posebnih uvjeta, a navedena je na polici ili prilogu polici.

VI PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Članak 11.

- (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 12.

- (1) Osiguranik je dužan:
 1. popuniti 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;
 2. po potrebi, posebnom punomoći, sukladno odredbama posebnih zakona o lječništvu, odnosno zaštititi 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, putni nalog, ugovor o radu/djelu, dokaz o školovanju u inozemstvu itd.).

VII ODREDBE O KLAUZULAMA

Članak 13.

- (1) Klausula o osiguranju dnevne naknade za neiskorišteni ski-pass
 1. Ukoliko se osiguraniku tijekom skijanja dogodi nesretni slučaj zbog kojeg je upućen na bolničko liječenje i ukoliko je zbog liječenja od posljedica nesretnog slučaja boravio u bolnici u razdoblju dužem od tri (3) dana, osiguratelj će osiguraniku nadoknaditi troškove neiskorištenog ski-passa do najviše 20 EUR-a (150,69 kn) po svakom neiskorištenom danu, i to najviše do ukupno osam (8) dana.
 2. Osiguranik je dužan, uz dokumentaciju iz članka 12. ovih Posebnih uvjeta, prilikom prijave osiguranog slučaja priložiti i izvornik plaćenog ski-passa kao i potvrdu bolnice o provedenom bolničkom liječenju iz koje je razvidan početak i trajanje liječenja odnosno ukupan broj dana liječenja u bolnici, kako bi se mogla utvrditi osigurateljna obveza i izračunati naknada za neiskorišteni ski-pass.
 3. Ova klauzula se primjenjuje isključivo ako je plaćena doplatna premija za skijanje.
- (2) Klausula o osiguranju od nesretnog slučaja
 1. Ako osiguranik nije u Croatia osiguranju osiguran po bilo kojoj osnovi od posljedica nesretnog slučaja, a ugovorio je policu za turističko putovanje do osam dana bez doplatne premije za sportske i rekreacijske aktivnosti, na temelju ovih Posebnih uvjeta osiguran je za slučaj:
 - smrti uslijed nezgode 2.654,46 EUR (20.000,03 kn)
 - trajnog invaliditeta do 5.308,91 EUR (39.999,98 kn)
 2. U slučaju iz točke 1. ove klauzule, u primjeni su Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja i Tablica invaliditeta Klasik.
 3. Osiguratelj nije u obvezi za nesretne slučajeve koji nastupe za vrijeme bavljenja bilo kojim oblikom sportske aktivnosti.
- (3) Važenje klauzula
Odredbe o klauzulama primjenjuju se na hrvatske državljanke i strance koji imaju reguliran boravak u Republici Hrvatskoj.

VIII ZAKLJUČNE ODREDBE

Članak 14.

U slučaju nezgode, koju prouzroči treća osoba, osiguratelj ima pravo na povrat troškova koji su isplaćeni osiguraniku. Ukoliko osiguranik primi naknadu troškova koje je pretrpio ili primi naknadu od treće osobe odgovorne za štetu ili kao rezultat drugih zakonskih propisa, osiguratelj je ovlašten odbiti taj iznos od naknade plative prema polici osiguranja, odnosno regresirati isplaćeni iznos ako je osiguraniku već isplatio naknadu. U svakom slučaju, osiguranik je dužan izvijestiti osiguratelja o korištenju zdravstvene zaštite putem europske kartice zdravstvenog osiguranja. Zahtjev za naknadu iz osiguranja osiguranik ne može niti založiti niti prenijeti na druge osobe.

Članak 15.

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 16.

Ovi Posebni uvjeti primjenjuju se od 01. siječnja 2023. godine.