

Posebni uvjeti za osiguranje drugog liječničkog mišljenja „DIAGNOSE.ME“

OPĆE ODREDBE

Članak 1.

- (1) Ovim Posebnim uvjetima za osiguranje drugog liječničkog mišljenja „Diagnose.me“ (u nastavku: „Posebni uvjeti“) uređuju se međusobna prava i obveze između CROATIA osiguranje d.d. kao Osiguratelja s jedne strane i Ugovaratelja osiguranja i Osiguranika s druge strane koji nastaju temeljem ugovora o osiguranju drugog liječničkog mišljenja „Diagnose.me“.
- (2) Posebni uvjeti sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kojeg Ugovaratelj osiguranja sklopi s Osigurateljem.
- (3) Prava navedena u ovim Posebnim uvjetima pripadaju isključivo Osiguraniku te se ne mogu prenositi na druge osobe.
- (4) Osiguranje drugog liječničkog mišljenja „Diagnose.me“ može se ugovoriti kao samostalni program ili kao dodatak ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

OSNOVNI POJMOVI

Članak 2.

U ovim Posebnim uvjetima određeni pojmovi imaju sljedeće značenje:

- (1) Osiguratelj je CROATIA osiguranje d.d.
- (2) Ugovaratelj osiguranja je fizička ili pravna osoba koja s Osigurateljem sklopi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju drugog liječničkog mišljenja „Diagnose.me“ i koji ima obvezu plaćanja premije.
- (3) Usluga „Diagnose.me“ je usluga profesionalnog drugog liječničkog mišljenja koja se pruža Osiguraniku posredstvom internetske stranice pružatelja drugog liječničkog mišljenja.
- (4) Pružatelj drugog liječničkog mišljenja je tvrtka „Diagnose.me“ B.V., Kingsfordweg 103, 1043GP Amsterdam, Nizozemska s kojom Osiguratelj ima ugovor o poslovnoj suradnji.
- (5) Ponuditelj je osoba koja Osiguratelju upućuje ponudu za sklapanje ugovora o osiguranju.
- (6) Osiguranik je fizička osoba kojoj pripadaju prava iz ugovora o osiguranju i koja temeljem nastalog osiguranog slučaja ima pravo na ispunjenje ugovorene obveze Osiguratelja.
- (7) Premija je iznos koji je Ugovaratelj osiguranja dužan platiti Osiguratelju prema ugovoru o osiguranju za svaku osigurateljnu godinu.
- (8) Polica je isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju i njegovom sadržaju.
- (9) Karenca ili odgoda osigurateljnog pokrića je razdoblje na početku trajanja osiguranja u kojem Ugovaratelj osiguranja plaća premiju osiguranja a Osiguratelj nema obvezu pokrića ukoliko nastane osigurani slučaj.
- (10) Osigurateljno razdoblje je razdoblje na koje je sklopljen ugovor o osiguranju, a koje ne može biti kraće od jedne godine.
- (11) Osigurateljna godina je razdoblje od jedne godine koje se računa od datuma početka ugovora o osiguranju do istog datuma sljedeće godine.

OSIGURANE OSOBE

Članak 3.

Prema ovim Posebnim uvjetima mogu se osigurati osobe od navršениh 30 dana života bez obzira na zdravstveno stanje, osim ako je drugačije ugovoreno.

SKLAPANJE UGOVORA

Članak 4.

- (1) Ugovor o osiguranju drugog liječničkog mišljenja „Diagnose.me“ sklapa se temeljem prihvata ponude koju Ugovaratelj osiguranja upućuje Osiguratelju.
- (2) Ponuda učinjena Osiguratelju za sklapanje ugovora o osiguranju drugog liječničkog mišljenja „Diagnose.me“ obvezuje ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od 8 dana od dana kada je ponuda prispjela Osiguratelju. Ako Osiguratelj u navedenom roku ne odbije ponudu koja je sukladna uvjetima pod kojima se sklapa ovo osiguranje, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen. U ovom slučaju ugovor se smatra sklopljenim kada je ponuda prispjela Osiguratelju.

- (3) Ako ponuda odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa ovo osiguranje, Osiguratelj ima pravo u roku od 8 dana od dana zaprimanja ponude odbiti ponudu, pisanim putem o tome obavijestiti Ugovaratelja osiguranja te mu u istom roku dostaviti novu izmijenjenu ponudu.
- (4) Ako Ugovaratelj osiguranja u roku od 14 dana od dana primitka ne odbije ponudu s predloženim drugačijim uvjetima osiguranja, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen s istekom 14. dana od dana primitka izmijenjene ponude Osiguratelja.
- (5) Ako se tako ugovori, Ugovor o osiguranju može biti sklopljen i:
 - samim potpisom police osiguranja ili
 - samim plaćanjem premije ili obroka premije.
- (6) Kao dokaz (ispravu) o sklopljenom ugovoru Osiguratelj izdaje policu osiguranja.

OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 5.

- (1) Osiguranik ima pravo na dva druga profesionalna liječnička mišljenja u osigurateljnoj godini pružena posredstvom internet stranice „www.diagnose.me/crosig“ za dva različita zdravstvena stanja koja su prvi puta dijagnosticirana za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju drugog liječničkog mišljenja „Diagnose.me“ uz uvjet da je prošla karenca navedena u članku 10. ovih Posebnih uvjeta, a za dijagnoze navedene u Dodatku 1.
- (2) Osiguranik ima pravo na drugo profesionalno liječničko mišljenje pruženo od strane jednog liječnika specijaliste ili subspecijaliste sa sjedištem u svim zemljama svijeta, a koje služi Osiguraniku i njegovu liječniku da donesu odluku glede dijagnoze i/ili liječenja.
- (3) Drugo profesionalno liječničko mišljenje sastoji se od Izvješća, odnosno pisane procjene medicinske dokumentacije i pratećih dijagnostičkih podataka od strane odgovarajućeg specijaliste ili subspecijaliste te po potrebi iz tumačenja nalaza CT, MRI, RTG, UZV, drugih radioloških studija ili patoloških studija, dijagnoze i/ili plana liječenja (ako je to primjenjivo na određeni slučaj).
- (4) Osiguratelj se obvezuje da će Izvješće s drugim profesionalnim liječničkim mišljenjem biti izrađeno i dostavljeno Osiguraniku od strane pružatelja drugog liječničkog mišljenja najkasnije u roku od 7 radnih dana od dana zaprimanja kompletiranog zahtjeva ako nije potreban prijevod na hrvatski jezik, odnosno 9 radnih dana ako je potreban prijevod na hrvatski jezik (1 dan za prijevod pratećih dokumenata i 1 dodatni dan za prijevod Izvješća).

ISKLUČENJE OBVEZE OSIGURATELJA

Članak 6.

Drugo profesionalno liječničko mišljenje prema ovim Posebnim 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 postane HIV pozitivan za vrijeme trajanja osiguranja
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 i
7. za zdravstvena stanja za koja je unatrag jedne godine dana zatraženo i dobiveno drugo profesionalno liječničko mišljenje po ovim Posebnim uvjetima.

PODNOŠENJE ZAHTEVA ZA DRUGO LIJEČNIČKO MIŠLJENJE „DIAGNOSE.ME“

Članak 7.

- (1) Zahtjev za drugo liječničko mišljenje „Diagnose.me“ podnosi Osiguranik ili od njega opunomoćena osoba posredstvom internet stranice pružatelja drugog liječničkog mišljenja „www.diagnose.me/crosig“. U slučaju nesposobnosti Osiguranika za davanje punomoći, zahtjev podnosi član uže obitelji.
- (2) Podnositelj zahtjeva je kod prijave na internet stranicu pružatelja drugog liječničkog mišljenja dužan upisati podatke o svojoj adresi elektroničke pošte i lozinku, broj police osiguranja, mjesec i godinu rođenja te dati

- suglasnost za uvjete korištenja internet stranice pružatelja drugog liječničkog mišljenja, uključujući dodatne suglasnosti koje se traže u daljnjem postupku kao što je ugovor sa liječnikom specijalistom/subspecijalistom koji daje mišljenje i ugovor s prevoditeljem koji prevodi dokumentaciju ili Izvješće specijaliste/subspecijaliste.
- (3) Podnositelj zahtjeva dužan je uz zahtjev dostaviti skeniranu medicinsku dokumentaciju koja u pravilu uključuje sljedeće:
1. nalaz pregleda Osiguravnika obavljen unutar šest mjeseci prije dana kada je zatraženo drugo profesionalno liječničko 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
 5. popis lijekova koje Osiguravnik trenutačno uzima, po mogućnosti s generičkim nazivom
 6. bilo kakav drugi relevantni podatak iz Osiguravnikovog dosadašnjeg života.
- (4) Osiguratelj i pružatelj drugog liječničkog mišljenja ne preuzimaju nikakvu odgovornost za prikupljanje kompletne medicinske dokumentacije od strane podnositelja zahtjeva kao niti za istinitost, potpunost i ažurnost informacija prikupljenih od strane podnositelja zahtjeva.
- (5) Uz pisanu medicinsku dokumentaciju koja se prilaže uz zahtjev moguće je priložiti najviše dvije MRI/CT serije i pet rendgenskih slika.
- (6) Ukoliko podnositelj zahtjeva nije u mogućnosti pribaviti neke podatke potrebne za kompletnu medicinsku dokumentaciju iz prethodnog stavka ovog članka, podnositelj zahtjeva je dužan to obrazložiti i navesti razloge zašto neki podaci nisu mogli biti pribavljeni, a odabrani liječnik specijalist će odlučiti može li ili ne može bez tih podataka izdati drugo mišljenje. Osiguravnik ima pravo u roku od 14 kalendarskih dana nakon dostave Izvješća postaviti specijalisti dva dodatna pitanja putem telefona, elektroničke pošte ili ostalih načina elektroničke komunikacije.
- (7) Osiguratelj ne preuzima nikakvu odgovornost glede izrade ili sadržaja drugog profesionalnog liječničkog mišljenja kao niti glede odluke Osiguravnika i/ili podnositelja zahtjeva o načinu korištenja ili nekorištenja drugog mišljenja.

PREMIJA OSIGURANJA

Članak 8.

- (1) Visina premije odnosno ukupan iznos premije i način plaćanja navedeni su u ponudi odnosno polici osiguranja. O visini premije Ugovaratelj osiguranja/ Osiguravnik je obaviješten prije nego je ponudu za sklapanje ugovora o osiguranju uputio Osiguratelju, odnosno prije nego je potpisao policu, odnosno prije nego je uplatio premiju ili prvi obrok premije. Na premiju se ne plaća doprinos niti porez, kao niti drugi troškovi odnosno naknada, sukladno pozitivnim propisima Republike Hrvatske.
- (2) Premija osiguranja se utvrđuje za svaku osigurateljnu godinu na temelju važećeg premijskog sustava Osiguratelja a ovisi o obliku osiguranja.
- (3) Ugovaratelj osiguranja dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed u ugovorenom roku. Iznimno, kad se osiguranje ugovara kao dodatak na polici dodatnog ili dopunskog zdravstvenog osiguranja, plaćanje premije može se ugovoriti obročno, s time da se prvi obrok premije plaća potpisom ponude, odnosno police, ako se drugačije ne ugovori.
- (4) Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguravnik dužan je odmah pisanim putem izvijestiti Osiguratelja o promjeni zaposlenja (ili radnog mjesta) i adresi stanovanja.
- (5) Osiguratelj ima pravo obračunati zateznu kamatu na svako zakašnjenje plaćanja ugovorene premije.
- (6) Ako Ugovaratelj osiguranja premiju koja je dospjela nakon sklapanja ugovora ne plati do dospelosti, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu nakon isteka roka od trideset dana od kada je Ugovaratelju osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguratelja s obavješću o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne trideset dana od dospelosti premije.
- (7) U svakom slučaju, ugovor prestaje ako premija ne bude plaćena u roku od jedne godine od dospelosti.

TRAJANJE OSIGURANJA

Članak 9.

- (1) Ugovor o osiguranju sklapa se na rok od najmanje jedne godine.
- (2) Ugovor o osiguranju može se sklopiti na više godina, s time da se premija obračunava za svaku osigurateljnu godinu posebno.

- (3) Ako u polici nije drugačije ugovoreno, osiguranje počinje u 24,00 sata onog dana koji je u polici označen kao početak osiguranja i prestaje u 24,00 sata onog dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja.
- (4) Ako je u polici naveden samo početak osiguranja, ugovor se sklapa na najmanje jednu godinu i automatski se obnavlja za svaku osigurateljnu godinu (prodlužuje se trajanje osiguranja), osim ako nije raskinut/otkazan u skladu s odredbama ovih Posebnih uvjeta.
- (5) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen samim plaćanjem premije ili obroka premije, osiguranje počinje u 24,00 sata onog dana kada je plaćena premija ili prvi obrok premije.
- (6) Osiguranje prestaje na jedan od sljedećih načina:
 - s danom kada nastupi smrt Osiguravnika,
 - s istekom razdoblja na koje je osiguranje sklopljeno,
 - s istekom 24 sata dana s kojim je raskinut/otkazan ugovor o osiguranju,
 - s danom kada Osiguravnik postane poslovno nesposoban, bez obzira na to kada je od tome obaviješten Osiguratelj.

KARENCA

Članak 10.

- (1) Obveza Osiguratelja počinje nakon isteka karence odnosno 31-og dana od dana koji je u polici osiguranja označen kao dan početka osiguranja, ako je do tog dana plaćena premija.
- (2) Osiguratelj, prije isteka karence odnosno roka iz stavka (1) ovog članka nema obvezu osigurateljnog pokrivača prema ovim Posebnim uvjetima.
- (3) Ova se odredba ne primjenjuje kod obnove (prodluženja trajanja) ugovora o osiguranju.

NEZADOVOLJSTVO UGOVARATELJA OSIGURANJA ILI OSIGURAVNIKA I RJEŠAVANJE PRITUŽBI

Članak 11.

- (1) Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju, trebaju nastojati sve svoje eventualne sporove sa Osigurateljem, koji proizlaze ili su u vezi s predmetnim ugovorom o osiguranju, riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka Osiguratelja o izvansudskom rješavanju sporova.
- (2) Ukoliko se stranke ne mogu sporazumjeti mirnim putem odredit će stručne osobe i povjeriti im rješavanje spornih okolnosti s tim da će obje strane uplatiti predujam u jednakom iznosu. Ovlaštene osobe očitovat će se samo na sporne okolnosti.
- (3) Ovlaštena 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.
- (4) Ocjena ovlaštenih osoba obvezuje obje strane, a trošak snose ovisno o odluci povjerenstva.
- (5) Ugovaratelj osiguranja/Osiguravnik (dalje u tekstu: podnositelji pritužbe) temeljem sklopljenog Ugovora o osiguranju imaju pravo podnijeti Osiguratelju pritužbu na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenja obveza iz Ugovora o osiguranju, i to zbog postupanja Osiguratelja i zbog postupanja osobe koja za Osiguratelja obavlja poslove zastupanja u osiguranju.
- (6) Pritužba se može podnijeti: u prostorijama Osiguratelja popunjavanjem obrazaca za pritužbe; putem pošte na adresu: CROATIA osiguranje d.d., PP 56, 10002 Zagreb; putem elektroničke pošte na e-mail adresu: pritužbe@crosig.hr; pozivom na telefonski broj: 072 00 1884; telefaksom na broj: 01 633 2020.
- (7) Pritužba treba sadržavati:
 - ime i prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno, tvrtku, sjedište i ime i prezime odgovorne osobe podnositelja pritužbe koji je pravna osoba;
 - razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe te 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 prijedloge za izvođenje dokaza;
 - datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa;
 - punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.
- (8) Sektor za market menadžment je nadležan za upravljanje procesom rješavanja pritužbi.
- (9) Osiguratelj će dostaviti odgovor na pritužbu podnositelju pritužbe u roku od 15 (petnaest) dana od dana kada je pritužba zaprimljena kod Osiguratelja, a iznimno, kada se odgovor ne može dati unutar navedenog

Članak 15.

Na odnose koji nisu uređeni ovim Posebnim uvjetima ili ugovorom o osiguranju sklopljen po ovim Posebnim uvjetima primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim odnosima, Zakona o osiguranju i Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Članak 16.

Ovi Posebni uvjeti primjenjuju se od 15. lipnja 2020. godine.

roka, Osiguratelj će obavijestiti podnositelja pritužbe o razlozima kašnjenja i naznačiti kada će postupak biti dovršen i kada će biti odgovoreno na pritužbu. Ako Osiguratelj u cijelosti ili djelomično ne udovolji zahtjevu podnositelja pritužbe, nezadovoljan podnositelj pritužbe može podnijeti pritužbu Pravobranitelju osiguranja zbog kršenja Kodeksa osigurateljne i reosigurateljne etike i/ili pokrenuti postupak za mirno rješavanje spora (primjerice pred Centrom za mirenje pri Hrvatskoj gospodarskoj komori i/ili Centrom za mirenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje). Prijedlog za mirenje dostavlja se u pisanom obliku. Ako spor nije riješen na koji od predviđenih načina, za rješavanje spora nadležan je stvarno nadležni sud u Zagrebu.

- (10) Ako Ugovaratelj osiguranja/Osiguranik ili druga zainteresirana osoba smatra da Osiguratelj ili osoba koja obavlja poslove zastupanja Osiguratelja ne postupa u skladu sa svojim obvezama, mogu o tome podnijeti predstavku Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga.

IZMJENE UVJETA ILI PREMIJSKOG SUSTAVA OSIGURATELJA

Članak 12.

- (1) Ako Osiguratelj izmijeni premijski sustav ili uvjete osiguranja, obvezuje se o tome pisano ili na drugi pogodan način izvijestiti Ugovaratelja osiguranja odnosno Osiguranika najkasnije 30 (trideset) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine.
- (2) Ugovaratelja osiguranja ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti iz stavka (1) ovog članka. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako Ugovaratelj osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju u roku iz stavka (2) ovog članka, ugovor o osiguranju se početkom sljedećeg razdoblja osiguranja mijenja u skladu s izvršenim promjenama u uvjetima osiguranja.

RASKID UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 13.

- (1) Svaka ugovorna strana može raskinuti ugovor s danom dospelosti premije, obavještavajući pisanim putem drugu ugovornu stranu najkasnije tri mjeseca prije dospelosti premije.
- (2) Ako Ugovaratelj osiguranja predlaže raskid ugovora o osiguranju, dužan je o svojoj namjeri pisanim putem obavijestiti Osiguratelja najkasnije tri mjeseca prije dospelosti premije za narednu osigurateljnu godinu. Ako je Osiguratelj pravodobno primio pisanu obavijest o raskidu, ugovor o osiguranju prestaje s istekom tekuće osigurateljne godine za koju je plaćena premija ili koji ugovoreni obrok premije.
- (3) U slučaju iz stavka (1) ovog članka smatra se da je ugovoreno da se premija za tekuću godinu plaća jednokratno i da je dospjela na naplatu odjednom, s danom sklapanja ugovora o osiguranju.
- (4) Osiguratelj ima pravo na naplatu sve preostale dužne premije koja se odnosi na tekuću osigurateljnu godinu, kako one koja nije plaćena od dana sklapanja ugovora o osiguranju do dana kada je Osiguratelj primio pisanu obavijest da Ugovaratelj osiguranja raskida ugovor o osiguranju, tako i premije koja bi bila dospjela na naplatu od dana kada je Osiguratelj primio pisanu obavijest, do isteka osigurateljne godine.
- (5) Ako je Ugovaratelj osiguranja pisanu obavijest o raskidu osiguranja dostavio u vremenu kraćem od tri mjeseca prije dospelosti premije za sljedeću osigurateljnu godinu, ugovor o osiguranju ostaje na snazi za tekuću godinu, kao i za narednu osigurateljnu godinu, a Osiguratelj ima obvezu ispuniti svoje obveze iz ugovora o osiguranju, ima pravo na premiju obračunatu do isteka tekuće osigurateljne godine, kao i pravo na premiju za cijelu narednu godinu osiguranja.
- (6) Kada je ugovor o osiguranju sklopljen sredstvom daljinske komunikacije Ugovaratelj osiguranja može jednostrano raskinuti ugovor o osiguranju, ne navodeći za to razloge, u roku od 14 dana od dana sklapanja ugovora o osiguranju, osim ako je na izričit zahtjev Ugovaratelja osiguranja, prije nego što je iskoristio svoje pravo na raskid ugovora, ugovor u potpunosti ispunjen.

MJERODAVNO PRAVO

Članak 14.

Ne postoji sloboda izbora mjerodavnog prava. Na ugovor o osiguranju sklopljen po ovim Općim uvjetima primjenjuju se pozitivni propisi Republike Hrvatske.