

Uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Best Doctors Plus

UVODNE ODREDBE

Ovim Uvjetima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Best Doctors Plus (u daljnjem tekstu: Uvjeti) uređuju se odnosi između Osiguratelja, Ugovaratelja osiguranja, Osiguranika u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kod ugovaranja programa „Critical Advantage – Best Doctors Plus uz CROATIA osiguranje“.

Ovi Uvjeti kao i Ponuda za sklapanje ugovora o zdravstvenom osiguranju sa zdravstvenim upitnikom, sastavni su dio ugovora o osiguranju kojeg Ugovaratelj osiguranja sklopi s CROATIA osiguranjem d.d.

Društvo za osiguranje je CROATIA osiguranje dioničko društvo sa sjedištem u Zagrebu, Vatroslava Jagića 33, OIB 26187994862, u nastavku Uvjeta: Osiguratelj.

FURTHER Further Underwriting International SLU, španjolska tvrtka, adresa Calle Almagro, 104, 28004, Madrid, španjolska, španjolski porezni broj B83644484, u nastavku Uvjeta: "FURTHER".

Članak 1. DEFINICIJE

Izrazi navedeni u ovim Uvjetima odnose se na oba spola, bez obzira na oblik u kojem su zapisani i imaju značenje:

Osiguratelj: CROATIA osiguranje d.d. koja pokriva rizik prema ovim Uvjetima.

FURTHER: FURTHER Underwriting Iberia S.L.U., društvo koje organizira pružanje sljedećih liječničkih usluga: Drugo liječničko mišljenje i Medicinsko posredništvo.

Drugo liječničko mišljenje: Usluga u smislu ovih Uvjeta koja uključuje pružanje izvješća o drugom liječničkom mišljenju, nakon prikupljanja i detaljnog pregleda medicinskog kartona pacijenta, od strane liječnika specijalista.

Medicinsko posredništvo: Usluga koju pruža FURTHER za osigurane slučajeve, a kojom organizira aktivnosti povezane sa liječenjem Osiguranika, što uključuje nadzor slučaja i organizaciju putovanja i smještajni aranžman za pojedinca i prikladnog pratitelja, a u skladu s ovim Uvjetima.

Ugovaratelj osiguranja: fizička ili pravna osoba koja podnosi ponudu za sklapanje ugovora o osiguranju, prihvaća uvjete iz ugovora o osiguranju te koja je zakonski obvezna ispuniti obveze iz ugovora o osiguranju, osim obveza koje po svojoj prirodi pripadaju Osiguraniku.

Osiguranik/Osoba sposobna za prihvatanje u osiguranje: Osoba navedena u Polici za koju je sklopljen ugovor o osiguranju, a kojoj pripadaju prava iz ugovora o osiguranju.

Polica: isprava u pisanom obliku koja sadrži uvjete ugovora o osiguranju, uključujući i ove Uvjete, kao i sve dodatke ili priloge koji mogu biti priloženi, ako je potrebno, kako bi izmijenili ili dopunili navedene isprave.

Obrazac Ponedjeljka: obrazac kojeg Ugovaratelj osiguranja/Osiguranik ispunjava i predaje Osiguratelju u svrhu sklapanja ugovora o osiguranju po ovim Uvjetima.

Premija: cijena osiguranja, iznos koji je potrebno platiti Osiguratelju. Dinamika plaćanja navedena je na Polici.

Osigurani iznos: najviši iznos plativ kako je definirano u ovim Uvjetima u slučaju Pokrivenih bolesti ili Medicinskih zahvata.

Datum početka: datum početka osiguranja koji je naveden na Polici.

Datum isteka: datum na koji osiguranje ističe naveden na Polici.

Zdravstveni upitnik: sastavni dio Obrascu Ponedjeljka kojeg Ugovaratelj/Osiguranik ispunjava i potpisuje prije sklapanja ugovora o osiguranju, a koji je temelj za procjenu rizika koju provodi Osiguratelj. Ako se radi o maloljetniku, zdravstveni upitnik ispunjava i potpisuje Ugovaratelj osiguranja ili zakonski skrbnik Osiguranika.

Kognitivni poremećaji: poremećaji koji značajno narušavaju kognitivnu funkciju pojedinca do točke u kojoj je normalno funkcioniranje u društvu nemoguće bez liječenja, kao što je definirano najnovijom verzijom Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-V) izdanog od strane Američke udruge psihijatarata.

Kardiolog: liječnik specijalist za bolesti srca i krvnih žila.

Partner: bračni drug, registrirani partner ili, ako nije sklopljen brak odnosno registrirano partnerstvo, osoba starija od 18 godina koja živi s

Osiguranikom te je financijski ovisna o Osiguraniku (ili oboje financijski ovisne jedan o drugome). Partner ne može biti rođak Osiguranika, a Osiguranik može imenovati samo jednu osobu kao Partnera. Mogu biti istoga ili suprotnoga spola.

Članovi obitelji:

Član obitelji: Partner Osiguranika ili neoženjeno uzdržavano dijete Osiguranika ili bračni drug Osiguranika (uključujući vlastito dijete, pastorka ili zakonski posvojeno dijete). Glavno mjesto prebivališta bračnog druga ili neoženjenog uzdržavanog djeteta mora biti kod Osiguranika. Na definiciju «član obitelji» odnose se sljedeći uvjeti i ograničenja:

- izraz «član obitelji» ne uključuje neoženjeno uzdržavano dijete starije od 18 godina, osim u slučajevima navedenima u sljedećem stavku
- izraz «član obitelji» uključuje neoženjeno uzdržavano dijete u dobi ili starije od 18 godina, ali mlađe od 35 godina, ako:
 - dijete nije stalno zaposleno na puno radno vrijeme ili nije samozaposleno i
 - dijete je redovan student i
 - ako dijete prvenstveno ovisi o Osiguraniku ili partneru Osiguranika radi uzdržavanja i njege.

Osigurani slučaj: potvrđena dijagnoza Pokrivenih bolesti i Medicinski zahvat pokriveni Policom potvrđeni na temelju usluge Drugog liječničkog mišljenja.

Prethodno postojeće bolesti: bilo koje bolesti Osiguranika koje su prijavljene, dijagnosticirane, liječene ili koje su pokazivale povezane medicinski dokumentirane simptome ili nalaze (znakove) u roku od 10 godina prije datuma početka osiguranja.

Preliminarna liječnička potvrda: pisano odobrenje koje izdaje FURTHER i/ili Osiguratelj, koje uključuje potvrdu o pokriću sukladno Polici prije izvršenja usluga u navedenoj Bolnici, izvan države prebivališta Osiguranika, za bilo koje liječenje, usluge, potrepštine ili recepte koji se odnose na Zahtjev.

Proteza: naprava koja u cijelosti ili djelomično zamjenjuje organ ili zamjenjuje sve ili dio funkcija neučinkovitog ili oštećenog dijela tijela.

Bolnica: privatna ili javna organizacija zakonski ovlaštena za pružanje liječničke skrbi za Bolesti ili tjelesne Ozljede, a koja je opremljena materijalnim/tehnološkim sredstvima i odgovarajućim osobljem za pružanje dijagnostičkih i/ili terapijskih postupaka, u kojoj su Liječnici i medicinsko osoblje prisutni 24 sata na dan.

Hospitalizacija: cjelodnevni boravak (uključivo i noćenje) u Bolnici za potrebe dijagnostičkih i/ili terapijskih postupaka.

Bolest: bilo koja promjena ili poremećaj u tijelu, sustavu ili organskoj strukturi ili funkciji s prepoznatljivim i karakterističnim skupom znakova i simptoma ili dosljednih anatomskih promjena. Osim toga, dijagnozu mora postaviti profesionalni liječnik koji je registriran u svojoj djelatnosti.

Ozljeda: oštećenje na tijelu Osiguranika.

Medicinske potrebe: zdravstvene usluge i medicinske potrepštine koje su:

- propisane osiguraniku u svrhu liječenja prema pokrivenim medicinskim postupcima s ciljem poboljšanja zdravstvenog stanja osiguranika i;
- prepoznate kao učinkovite u poboljšanju zdravstvenih ishoda nakon planova liječenja koji su dosljedni po vrsti, učestalosti i trajanju s dijagnozom prema objavljenoj stručnoj medicinskoj literaturi (kao što je Pubmed) ili znanstveno utemeljenim US, UK i ili europskim smjernicama (konkretno, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology primjenjivat će se u odnosu na liječenje raka: Klauzula 7 (I), stavak A i);
- isplative u usporedbi s alternativnim tretmanima koji rezultiraju sličnim ishodima, uključujući i liječenje i
- potrebne ne samo zbog uvjerenja osiguranika ili njegovog/njezinog liječnika.

Činjenica da liječnik može preporučiti, propisati, naručiti ili odobriti, uslugu ili isporuku, sama po sebi, nužno ne dokazuje da je takva usluga ili opskrba medicinski nužna prema ovim Uvjetima.

Liječnik: profesionalan liječnik koji posjeduje zakonsko odobrenje za samostalan rad kao liječnik.

Lijek: svaka tvar ili kombinacija tvari sa svojstvom liječenja ili sprječavanja bolesti kod ljudi ili svaka tvar ili kombinacija tvari koja se može upotrijebiti ili primijeniti na ljudima u svrhu obnavljanja, ispravljanja ili prilagodbe fizioloških funkcija farmakološkim, imunološkim ili metaboličkim djelovanjem ili za postavljanje medicinske dijagnoze, koje je moguće dobiti isključivo na temelju liječničkog recepta od strane Liječnika i koje izdaje ovlašteni ljekarnik.

Recept izdan za izvorni/originalni Lijek vrijedi i za generički Lijek s istim aktivnim sastojcima, jednake jačine i doze kao izvorni/originalni Lijek.

Operativni zahvat: sve operacije s dijagnostičkom ili terapijskom svrhom, izvršene rezom ili drugom vrstom ulaska, od strane kirurga u Bolnici i koje obično zahtijevaju uporabu operacijske sale.

Neinvazivan "in situ" karcinom: zloćudni tumor koji je ograničen na epitel na kojemu je nastao, a nije zahvatio stromu ili okolna tkiva.

Alternativna medicina: sustavi liječničke i zdravstvene skrbi, prakse i proizvodi koji se trenutačno ne smatraju dijelom konvencionalne medicine ili standardnim postupcima liječenja, uključujući ali ne ograničeno na: akupunkturu, aromaterapiju, kiropraktiku, homeopatsku medicinu, naturopatsku medicinu, ajurvedsku medicinu, tradicionalnu kinesku medicinu i osteopatsku medicinu.

Eksperimentalno liječenje: liječenje, zahvat, postupak liječenja, oprema, medicina ili farmaceutski proizvod, namijenjen za medicinsku ili kiruršku uporabu, koji nisu općenito prihvaćeni kao sigurni, učinkoviti i odgovarajući za liječenje Bolesti ili Ozljeda od strane raznih znanstvenih organizacija priznatih od strane međunarodne medicinske zajednice, ili koji se trenutačno proučavaju, istražuju, ispituju ili za koje se provode klinički eksperimenti.

Isključenje: stanje, situacija ili uvjet koje ne pokriva Polica osiguranja i za koje Osiguratelj nije dužan platiti.

Karenca: razdoblje od 90 dana od datuma početka osiguranja ili od uključanja novog Osiguranika u osiguranje, tijekom kojega bilo koja dijagnostičirana, liječena bolest ili bolest koja pokazuje prve povezane medicinski dokumentirane simptome neće biti podobna za ostvarenje bilo kakvih prava iz Police tijekom trajanja ugovora o osiguranju.

Teroristički čin: čin, uključujući ali ne ograničeno na uporabu sile ili nasilja i/ili prijetnja uporabe istih, bilo koje osobe ili skupine/a osoba, bez obzira na to djeluju li samostalno ili u ime ili u vezi s bilo kojom organizacijom/organizacijama ili vladom/vladama, a koji čin je počinjen u političke, vjerske, ideološke ili slične svrhe uključujući namjeru utjecaja na bilo koju vladu i/ili kako bi se uzrokovao strah u javnosti ili u dijelovima javnosti; ili uporaba biološkog, kemijskog, radioaktivnog ili nuklearnog sredstva, materijala, uređaja ili oružja.

Jezik postupka: Svi dokumenti koje dostavlja Osiguranik, uključujući i komunikaciju između Osiguranika, Osiguratelja i predstavnika FURTHER, kao i izdavanje drugog liječničkog mišljenja bit će na hrvatskom jeziku.

Zahjev: Zahjev za korištenje naknada iz ugovora o osiguranju utemeljenih na Osiguranom slučaju.

Naknadna njega: bilo koja medicinska njega, liječenje, lijekovi ili pregled nakon liječenja u inozemstvu, a koje se koristi za:

- utvrđivanje sklonosti osiguranika bolestima ili zdravstvenim stanjima u budućnosti, ili
- sprječavanje pojave ili ponovnog pojavljivanja bolesti ili zdravstvenih stanja u budućnosti
- ali gdje trenutno nema kliničkih i/ili očiglednih simptoma i/ili nalaza (znakova).

Rekonstrukcijska kirurgija: postupci koji su namijenjeni ponovnoj izgradnji strukture kako bi se ispravio gubitak funkcionalnosti.

Liječenje u inozemstvu: medicinski neophodno liječenje organizirano od strane FURTHER-a izvan Republike Hrvatske i koje je pokriveno ovim Uvjetima.

Članak 2.

SPOSOBNOST PRIHVATA U OSIGURANJU

Osigurati se mogu zdrave osobe od 31. dana starosti do i uključujući 64. godinu života.

Ništetno je osiguranje osobe koja još nije stara 31 dan, koja je navršila 65. godina, kao i osobe koja je u potpunosti lišena poslovne sposobnosti.

Osiguranje se po ovim Uvjetima sklapa na temelju ispunjenog zdravstvenog upitnika za sve osigurane osobe. U slučaju da se na temelju podataka iz ispunjenog zdravstvenog upitnika utvrdi da osoba o kojoj se radi nije zdrava, nije moguće sklopiti osiguranje za tu osobu.

Osigurati se mogu osobe koje imaju prebivalište u Republici Hrvatskoj.

Članak 3.

SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

NAČIN SKLAPANJA OSIGURANJA

Ovo osiguranje sklapa se temeljem ispunjene ponude i zdravstvenog upitnika koje Ugovaratelj osiguranja upućuje Osiguratelju.

Ako Osiguratelj ne prihvati ponudu, o tome će u roku od 8 dana obavijestiti Ugovaratelja osiguranja.

Ukoliko se Polica i ostali Uvjeti osiguranja bitno razlikuju od ponude, Ugovaratelj osiguranja u roku od 14 dana od dana primitka Police Osiguratelja, može izjaviti da raskida Ugovor o osiguranju. Ukoliko to ne učini smatrat će se da je prihvatio izmijenjene uvjete Ugovora o osiguranju. Ponuditelj ima pravo na opoziv ponude odnosno odustanak od sklopljenog osiguranja roku od 14 dana.

Ukoliko se sadržaj Police razlikuje od ponude, vrijede odredbe iz police.

Sve prijave, ponude i izjave, koje jedna ugovorna strana uputi drugoj, vrijede od dana primitka. U slučaju nedoumica dan primitak smatra se dan kada je druga strana primila pismeno.

Ukoliko je izjava upućena drugoj strani putem elektroničke pošte, vrijedi s danom naznačenim na poruci elektroničke pošte.

Ako Ugovaratelj osiguranja i Osiguranik nisu ista osoba, za važenje ugovora potreban je potpis Osiguranika na ponudi.

Ako Ugovaratelj osiguranja i Osiguranik nisu ista osoba, a Osiguranik je dijete, za važenje ugovora potreban je potpis roditelja djeteta ili zakonskog skrbnika.

Ugovor o osiguranju sklopljen je plaćanjem premije ili prvog obroka premije, ako je Osiguratelj suglasan s ponudom i izdao je Policu.

Kod sklapanja ugovora na daljinu, odnosno sredstvima daljinske komunikacije, ugovor je sklopljen plaćanjem premije u skladu s Obavijesti i Uvjetima navedenim u poruci na odgovarajućem sredstvu daljinske komunikacije. Odgovarajućim izražavanjem volje za sklapanjem Ugovora o osiguranju i plaćanjem Premije ili prvog obroka Premije, Ugovaratelj putem sredstava daljinske komunikacije potvrđuje da prihvaća sve uvjete i odredbe koje se odnose na Ugovor o osiguranju, da je upoznat sa svojim pravima i obvezama, te posebno obvezom plaćanja Premije.

Ugovaratelj osiguranja potpisom na ponudi kao i kod sklapanja ugovora na daljinu izjavljuje i potvrđuje da je prije sklapanja Ugovora o osiguranju bio upoznat sa svim informacijama u skladu sa Zakonom o osiguranju i Zakonom o zaštiti potrošača, te informacijama o Osiguratelju, i nadzornom tijelu.

Članak 4.

PREMIJA

NAČIN UTVRĐENJA VISINE PREMIJE

Visina premije odnosno ukupni iznos premije i način plaćanja navedeni su u ponudi i Polici osiguranja. O visini premije ugovaratelj/osiguranik 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.

Visina premije osiguranja utvrđuje se na temelju podataka iz ponude i premijskom sustavu Osiguratelja. Ukupan iznos premije ovisi o dobi osiguranika u vrijeme ulaska u osiguranje, a upisuje se na ponudi i Polici osiguranja. Ugovaratelju osiguranja putem sredstava daljinske komunikacije na web stranicama Osiguratelja iskazuje se izračun premije. Visina Premije utvrđuje se za svakog Osiguranika ponovno kod svake obnove osiguranja krajem, odnosno kod isteka svake godine osiguranja, da bi se uskladila sa starošću osiguranika.

Visina Premijskih tarifa za sve Osiguranike također se može izmijeniti kod svake obnove osiguranja iz aktuarskih razloga na temelju bilo kojeg razvoja situacije ili okolnosti koje mogu utjecati na troškove pokriva prema Polici, uključujući:

- povećanje troškova pokrivenih medicinskih postupaka
- medicinska inflacija
- tehnološki napredak u medicini i
- statistika zahtjeva i/ili analiza portfelja.

Visina premije se može promijeniti i u toku godine ukoliko dođe do promjene zakona ili zakonskih propisa, o čemu će Osiguratelj obavijestiti Ugovaratelja.

PLAĆANJE PREMIJE

Premija će biti izražena u EUR i plativa u protuvrijednosti u HRK po srednjem tečaju Republike Hrvatske narodne banke na dan plaćanja.

Ugovaratelj osiguranja dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed, prilikom sklapanja ugovora o osiguranju.

Plaćanje premije može se ugovoriti i obročno, s time da se prvi obrok premije plaća prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, ako se drugačije ne ugovori.

Premija ili prvi obrok premije dopijeva na naplatu prilikom sklapanja ugovora o osiguranju. Ukoliko je ugovoreno da se Premija plaća u obrocima, ostali obroci dopijevaju na naplatu prema ugovorenoj dinamici plaćanja. Osiguratelj može raskinuti ugovor ako Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik neredovito plaća premiju. Osiguratelj obračunava zateznu kamatu na svako zakašnjenje plaćanja ugovorene premije.

Članak 5.

TRAJANJE OSIGURANJA I POKRIĆE

TRAJANJE OSIGURANJA

Ugovor o osiguranju sklapa se na rok od najmanje jedne godine i automatski se obnavlja za svaku osigurateljnu godinu (produljuje se trajanje osiguranja), osim ako nije otkazan u skladu s odredbama ovih Uvjeta.

Početak osiguranja je 1. u mjesecu u 24:00 sati, a završetak istekom 24. sata zadnjeg dana razdoblja za koje je ugovoreno osiguranje.

Trajanje osiguranja navesti će se u Polici, u kojoj je naveden datum i sat početka i završetka osiguranja.

Ugovor se može obnoviti plaćanjem premije u iznosu navedenom na ispostavljenom računu Osiguratelja.

Svaka strana može spriječiti obnavljanje ugovora za slijedeću osigurateljnu godinu pisanom obavijesti drugoj strani najkasnije dva mjeseca prije isteka godine osiguranja.

PRESTANAK OSIGURANJA

Osiguranje prestaje u jednom od slijedećih slučajeva:

- danom smrti Osiguranika
- danom kada Osiguranik postane poslovno nesposoban, bez obzira na to kada je od tome obaviješten Osiguratelj
- istekom one godine osiguranja kada je Osiguranik napunio 85 godina života
- otkazom ugovora o osiguranju od strane Ugovaratelja osiguranja ili Osiguratelja
- istekom razdoblja na koje je osiguranje sklopljeno.

PRESTANAK POKRIĆA

Pokriće osiguranja prestaje:

- kada Osiguratelj plati ukupni limit naveden u ovim Uvjetima za jednog Osiguranika, pokriće i prava za tog Osiguranika prestaju odmah isplatom limita. U slučaju da Pokriće prestane prije isteka ugovorenog razdoblja zbog plaćanja ukupnog limita, Premija pripada Osiguratelju za cijelo ugovorno razdoblje. U slučaju takvog ranijeg prestanka osiguranja za Ugovaratelja osiguranja koji je roditelj, svaka Polica za člana obitelji (član obitelji Ugovaratelja osiguranja koji je roditelj) ostati će na snazi pod uvjetom da član obitelji ili njegov/njezin zakonski zastupnik nastavi plaćati odgovarajuću Premiju za člana obitelji.
- kada Osiguratelj plati godišnji limit naveden po Polici za jednog Osiguranika, pokriće i prava za tog Osiguranika prestaju odmah isplatom limita u pogledu tekuće osigurateljne godine. U slučaju takvog ranijeg prestanka osiguranja za Ugovaratelja osiguranja koji je roditelj za tekuću osigurateljnu godinu, svaka Polica za druge članove obitelji (član obitelji Ugovaratelja osiguranja koji je roditelj) će nastaviti biti na snazi pod uvjetom da član obitelji ili njegov/njezin zakonski zastupnik nastavi plaćati odgovarajuću Premiju za Policu člana obitelji.

VREMENSKO OGRANIČENJE POKRIĆA (KARENCA)

Obveza Osiguratelja prema Osiguraniku počinje istekom 90-og dana od dana koji je u Polici osiguranja označen kao dan početka osiguranja ili istekom 90-tog dana od dana uključanja novog osiguranika u osiguranje, ako je do tog dana plaćena premija ili prvi obrok premije.

Ako je tijekom razdoblja karence prijavljena, dijagnosticirana ili liječena bilo koja od bolesti iz ovih Uvjeta ili bolest koja pokazuje prve povezane medicinski dokumentirane simptome ili nalaze (znakove) ista neće biti podobna za ostvarenje bilo kakvih prava iz Police tijekom trajanja ugovora o osiguranju.

Ugovaratelj prije isteka roka iz stavka (1) ovog članka ne pokriva troškove ugovorenih usluga.

Kod obnove (produljenja trajanja ugovora o osiguranju), kao i u slučaju ako je tako ugovoreno posebnim ugovorom o osiguranju, ova se odredba ne primjenjuje.

Članak 6.

OKOLNOSTI ZNAČAJNE ZA OCJENU RIZIKA

Ugovaratelj osiguranja odnosno ponuditelj dužan je prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti Osiguratelju i u obrascu ponude (što uključuje i Zdravstveni upitnik) potpuno i istinito navesti sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocjenu rizika i sklapanje Ugovora, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik dužan je odmah pisanim putem izvijestiti Osiguratelja o promjeni zaposlenja (ili radnog mjesta), adresi stanovanja i mjestu plaćanja premije.

Ako je Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve prirode da Osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, Osiguratelj može zahtijevati poništaj ugovora. U slučaju poništaja ugovora Osiguratelj će zadržati i naplatiti premije za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ugovora.

Pravo na poništaj ugovora o osiguranju prestaje ako Osiguratelj u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili prešućivanje ne izjavi Ugovaratelju osiguranja odnosno Osiguraniku da se namjerava koristiti tim pravom.

Ako je ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, Osiguratelj može, po svom izboru, u roku od mjesec dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije razmjerno povećanom riziku.

Ukoliko Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik ne prihvati prijedlog Osiguratelja o razmjernom povećanju premije, ugovor o osiguranju prestaje po isteku 14 dana nakon što je Ugovaratelj osiguranja primio preporučeno pismo Osiguratelja s prijedlogom za povećanje premije.

Članak 7.

PREDMET OSIGURANJA

Temeljem ovih Uvjeta osigurava se korištenje usluge Drugog liječničkog mišljenja i usluge Medicinskog posrednika -integrirana ponuda jedinstvenog osigurateljnog proizvoda koji obuhvaća drugo liječničko mišljenje, troškove liječenja pokrivenih bolesti i medicinske zahvate u cijelom svijetu, osim u Republici Hrvatskoj, do visine osigurane svote.

Osiguratelj temeljem ovih Uvjeta kao i drugih uvjeta navedenih u ugovoru o osiguranju pokriva Osiguraniku medicinske usluge i troškove u vezi s liječenjem pokrivenih bolesti, liječenja i medicinskih zahvata navedenih u 7(I) kada su ispunjeni svi sljedeći uvjeti:

- postupak je proveden tijekom razdoblja pokrića;
- odgovarajuća prijavljena bolest ili zdravstveno stanje nisu dijagnosticirani ili liječeni, te nisu medicinski dokumentirani povezani simptomima ili nalazi (znakovi), u 10 godina prije Datuma početka ili datuma uključanja, ili tijekom Karence (razdoblja isključenja) Osiguranika sukladno ugovoru o osiguranju, Uvjetima i Polici osiguranja;
- liječenje je medicinski opravdano (potrebno);
- troškovi su unutar osiguranog iznosa (limita) i ograničenja navedenih u ovim Uvjetima;
- liječenje organizira FURTHER u skladu s Postupkom za podnošenje zahtjeva navedenog u članku 9.;
- liječnički troškovi nastaju izvan Republike Hrvatske osim troškova Lijekova pokrivenih u stavku 7(II) E.
- troškove utvrđivanja bilo kojeg postupka liječničke dijagnoze, liječenja, usluge, potrepština ili recepta pokriva Polica kako je navedeno u ovom članku 7(II).

7 (I) POKRIVENE BOLESTI, LIJEČENJE I MEDICINSKI ZAHVATI

Sljedeće Bolesti, liječenje i medicinski zahvati pokriveni su Policom u pogledu Medicinskog posredništva:

(A) Liječenje karcinoma

Liječenje:

1. svih zloćudnih tumora uključujući leukemiju, sarkom i limfom, karakteriziranih nekontroliranim rastom i proširenjem malignih stanica i invazijom tkiva
2. svih „in situ“ Karcinoma koji su ograničeni na epitel gdje su nastali i koji nisu zahvatili strumu ili okolna tkiva
3. sve predkancerogene promjene u stanicama koje su citološki ili histološki klasificirane kao displazija visokog stupnja ili teška displazija.

(B) Zahvat premoštenja koronarne arterije (revaskularizacija miokarda)

Operativni zahvat na temelju savjeta Kardiologa kako bi se ispravilo suženje ili začepljenje jedne ili više koronarnih arterija pomoću premosnica.

(C) Zamjena ili reparacija srčanog zaliska

Invazivna zamjena ili popravak jednog ili više srčanih zalizaka, neovisno o tome radi li se o operaciji otvorenog prsnog koša, minimalno invazivnom postupku ili liječenju srčanog katetera prema savjetu kardiologa konzultanta.

(D) Intrakranijalna i specifična operacija kralježnične moždine

Što znači:

1. svi Operativni zahvati na mozgu ili na ostalim intrakranijalnim strukturama
2. liječenje dobroćudnih tumora koji se nalaze na leđnoj moždini (Medulla spinalis)

(E) Transplantacija organa od živog davatelja

Kirurška transplantacija gdje Osiguranik dobiva bubreg, dio jetre, plućno krilo ili dio gušterače od drugog živog kompatibilnog davatelja.

(F) Transplantacija koštane srži

Transplantacija koštane srži (BMT) ili Transplantacija matičnih stanica iz periferne krvi (PBSCT) Osiguraniku, koja potječe od:

- Osiguranika (autologna transplantacija koštane srži); ili
- živog kompatibilnog davatelja (alogeno transplantacija koštane srži).

Transplantacija krvotvornih matičnih stanica (HCT) pomoću krvi iz pupkovine je isključena iz obveze Osiguratelja.

7 (II) POKRIVENI TROŠKOVI

Osiguranje pokriva sljedeće troškove (do limita pokriva navedenog u ovim Uvjetima) koji su nastali u vezi s Pokrivenim bolestima i liječenjem navedenima u članku 7(I) ovih Uvjeta:

Godišnji i ukupni limit pokriva troškova za jednog osiguranika po ovim Uvjetima iznose:

- Godišnji limit: 1.000.000 € po osiguraniku, za sve osigurane slučajeve u jednoj godini trajanja osiguranja
- Ukupni limit: 2.000.000 € ukupno (cjeloživotni limit po osiguraniku) za vrijeme čitavog trajanja osiguranja (za sve osigurane slučajeve svih ugovorenih Polica: novih Polica i obnovljenih Polica).

Podlimiti

- Troškovi lijekova opisani u članku 7 (II) paragrafa 5A, ograničeni su na ukupno 50.000 € (doživotno ograničenje po osiguraniku) tijekom cijelog trajanja osiguranja.
- Dnevna naknada za hospitalizaciju opisana u članku 7. (II) - stavak 4. ograničena je na 100 € po danu, do najviše 60 dana po Zahtjevu / osiguranom slučaju.

POSTUPOVNI UVJETI

Kada nastupi Osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan započeti s organizacijom liječenja osigurane osobe u inozemstvu i/ili platiti naknadu iz osiguranja koja je utvrđena Ugovorom o osiguranju prema ovim Uvjetima, u roku od 14 (četrnaest) dana, računajući od dana primitka zahtjeva sa svom traženom dokumentacijom.

Ako se zahtijeva duže vrijeme za utvrđivanje obveze Osiguratelja i iznos obveze, Osiguratelj je dužan platiti naknadu iz osiguranja utvrđenu Ugovorom o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka zahtjeva ili u istom roku obavijestiti Osiguranika da zahtjev nije osnovan.

Ako iznos obveze Osiguratelja nije utvrđen u rokovima iz stavaka (1) i (2) ovog stavka, Osiguratelj je dužan, bez odlaganja platiti nesporan iznos svoje obveze kao predujam.

Ako Osiguratelj ne ispuni svoju obvezu u razdoblju određenom u ovom stavku, Osiguratelj duguje zakonsku zateznu kamatu Osiguraniku, računajući od dana primitka obavijesti o Osiguranom slučaju i nastaloj šteti.

7 (II) - 1: POKRIVENE USLUGE PRIJE LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Usluga Drugog liječničkog mišljenja: Osiguranik ima pravo zahtijevati od FURTHER-a, u trenutku prijave štete, uslugu Drugog liječničkog mišljenja radi potvrde dijagnoze pokrivenih bolesti ili medicinskog postupka te procjene optimalnog plana liječenja.

Usluga Drugog medicinskog mišljenja može se zatražiti samo jednom po Zahtjevu.

7 (II) - 2: POKRIVENI MEDICINSKI TROŠKOVI TIJEKOM LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Osiguranje će platiti sljedeće zdravstvene troškove za liječenje u inozemstvu (do granice pokrivenosti navedenu u ovim Uvjetima) koja proizlaze u svezi s medicinski potrebnim tretmanom pokrivenih bolesti i medicinskih postupaka prema uvjetima utvrđenim u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi.

1. Nastale Bolnici koji se odnose na:

- 1.1. Smještaj, prehranu i opće usluge njege pružene tijekom boravka Osiguranika u Bolnici, bilo u sobi, na odjelu, u jedinici intenzivnog liječenja ili u nadzornoj jedinici;
- 1.2. Ostale bolničke usluge uključujući one koje pruža ambulantan odjel Bolnice, te troškove vezane uz trošak dodatnog kreveta ili kreveta za posjetitelja ako Bolnica pruža takvu uslugu;
- 1.3. Korištenje operacijske sale i svih usluga povezanim s time.

2. Nastale u dnevnoj bolnici ili neovisnom centru za skrb ali samo ako bi liječenje, Operativni zahvat ili recept bili pokriveni ovom Policom da su pruženi u Bolnici.

3. Liječnički troškovi za potrebe pregleda, liječenja, liječničke skrbi ili Operativnih zahvata.

4. Za posjete Liječnika tijekom Hospitalizacije.

5. Za sljedeće medicinske i kirurške usluge, liječenja ili recepte:

- 5.1. anestezija i davanje anestezika, pod uvjetom da ih daje licencirani anesteziolog;
- 5.2. laboratorijske analize i patohistološke analize, rendgenske snimke za potrebe liječenja, radioterapija, radioaktivni izotopi, kemoterapija, elektrokardiogram, mijelogram, elektroencefalografija, angiografija, kompjutorizirana tomografija (CT), magnetska rezonanca (MRI) i ostali slični testovi i liječenja potrebni za postavljanje dijagnoze i liječenje Pokrivene bolesti ili Medicinskog zahvata, kada ih provodi Liječnik ili se provode pod nadzorom Liječnika;
- 5.3. Transfuzija krvi, davanje plazme i seruma;
- 5.4. Troškovi u vezi s korištenjem kisika, primjenom intravenoznih otopina i injekcija.
- 5.5. Radijacijska terapija: visokoenergetsko zračenje za smanjivanje tumora i ubijanje stanica raka rendgenskim zrakama, gama zrakama i nabijenim česticama su vrste zračenja koje se upotrebljava za liječenje raka ili isporučene uređajem izvan tijela (terapija zračenjem iz vanjskog snopa), ili radioaktivnim materijalom smještenim u tijelo u blizini stanica raka (interna radijacijska terapija, brahiterapija).
- 5.6. Rekonstruktivna kirurgija za popravak ili obnovu oštećene strukture ili uklonjene medicinskim postupcima koji su pokriveni ovim Uvjetima.
- 5.7. Liječenje komplikacija ili nuspojava koje su izravno povezane s medicinskim postupcima koji su pokriveni ovim Uvjetima, a koji:
 - 5.7.1. zahtijevaju hitnu liječničku pomoć u bolnici ili kliničkoj ustanovi i
 - 5.7.2. zahtijevaju da se trebaju riješiti prije nego što se osiguranik proglasi medicinski sposobnim za putovanje radi povratka u Republiku Hrvatsku nakon završetka faze liječenja u inozemstvu.

6. Za Lijekove koji se daju na liječnički recept dok je Osiguranik hospitaliziran radi liječenja Pokrivene bolesti ili Medicinskog zahvata. Lijekovi propisani za postoperativnu njegu pokriveni su u razdoblju od 30 dana od datuma kada je Osiguranik završio fazu liječenja u inozemstvu dobivenu izvan Republike Hrvatske i isključivo kada su oni kupljeni prije povratka u Hrvatsku.

7. Za cestovni ili zračni sanitetski prijevoz kada je isti naveden i preporučen od strane Liječnika i ako je isto prethodno odobrilo društvo FURTHER.

8. Za usluge pružene živom davatelju organa tijekom postupka uklanjanja organa ili tkiva koji će se transplantirati na Osiguranika, a koje proizlaze iz:

- 8.1. Trošak analize i testa koji se provode radi utvrđivanja prikladnog donatora unutar članova obitelji osiguranika;
- 8.2. Usluga koje Bolnica pruža davatelju, uključujući smještaj u bolničkoj sobi, prehranu, opće usluge skrbi, redovne usluge koje osoblje Bolnice pruža, laboratorijske testove i korištenje opreme i ostalih usluga i objekata Bolnice (isključujući predmete za osobnu uporabu koji nisu potrebni tijekom postupka uklanjanja organa ili tkiva koje će se transplantirati);
- 8.3. Operativnog zahvata i liječničkih usluga za uklanjanje organa ili tkiva davatelja koje će se transplantirati na Osiguranika.

9. Za usluge i materijale dostavljene za kulture koštane srži u vezi s transplantacijom tkiva koje će se primijeniti na Osiguranika. Pokriće se pruža isključivo za troškove nastale od datuma izdavanje Preliminarne liječničke potvrde.

7 (II)-3: NE-MEDICINSKI TROŠKOVI KOJI SE UKLJUČUJU TIJEKOM LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Osiguranje će pokriti sljedeće nemedicinske troškove (do ograničenja pokrivenosti navedenih u ovim Uvjetima i odredbama) koje proizlaze u vezi s putnim i smještajnim aranžmanima koje je FURTHER izradio kako bi osiguraniku omogućio pristup medicinskom tretmanu prema uvjetima iz Preliminarne liječničke potvrde.

7 (II) 3A - PUTNI TROŠKOVI ZA LIJEČENJE U INOZEMSTVU

U svrhu liječenja koje je odobrilo FURTHER u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi, osiguranje pokriva putne troškove za put u inozemstvo Osiguranika, njegovog suputnika (ili dva suputnika kada je Osiguranik koji prima liječenje maloljetan) te, gdje je primjenjivo, živog davatelja organa u slučaju transplantacije. Organizaciju putovanja i sve dogovore u svezi s organizacijom putovanja obvezuje se provesti FURTHER. Osiguratelj i/ili FURTHER neće platiti putne troškove koje je organizirao sam Osiguranik ili bilo koja treća osoba za račun Osiguranika.

FURTHER odlučuje o datumima putovanja na temelju odobrenog plana liječenja. Osiguranik će biti obaviješten o navedenim datumima kako bi na vrijeme mogao planirati svoje putovanje.

U slučaju da Osiguranik promjeni datume putovanja na način da se razlikuju od onih o kojima ga je obavijestilo društvo FURTHER, Osiguranik je obavezan Osiguratelju i/ili FURTHER nadoknaditi sve povezane troškove organizacije i pružanju novih putnih aranžmana, osim ako je FURTHER prethodno odobrio takve promjene jer ih smatra nužnima s medicinskog gledišta.

Pokriveni putni troškovi uključuju:

1. Prijevoz iz stalnog prebivališta osiguranika na određenu zračnu luku ili međunarodnu željezničku postaju.
2. Željeznička ili avionska karta ekonomske klase do odredišta za liječenje i prijevoz do određenog hotela.
3. Prijevoz iz određenog hotela ili bolnice do određene zračne luke ili međunarodne željezničke stanice
4. Željezničku ili avionsku kartu ekonomske klase i naknadni prijevoz do mjesta stalnog prebivališta osiguranika.

Putni troškovi ne uključuju redovne transfere od hotela do bolnice ili troškove liječnika koji provodi liječenje tijekom trajanja liječenja u inozemstvu.

7 (II)-C TROŠKOVI SMJEŠTAJA TIJEKOM LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Osiguranje pokriva troškove smještaja Osiguranika izvan Republike Hrvatske, te njegovog pratitelja (ili dva pratitelja kada je Osiguranik koji prima liječenje maloljetan) i živog davatelja organa u slučaju transplantacije u isključive svrhe liječenja prema odobrenju društva FURTHER u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi. FURTHER obvezuje se organizirati smještaj, a Osiguratelj i/ili FURTHER neće platiti troškove smještaja koje je organizirao Osiguranik ili bilo koja treća osoba za račun Osiguranika.

FURTHER je odgovoran za odlučivanje o datumima rezervacije smještaja na temelju odobrenog rasporeda liječenja. Osiguranik će biti obaviješten o navedenim datumima kako bi se na vrijeme mogao organizirati.

FURTHER će objaviti datum povratka na temelju završetka liječenja i prema dogovoru s Liječnikom koji provodi liječenje da Osiguranik može putovati.

U slučaju da Osiguranik promjeni datume putovanja na način da se razlikuju od onih koje je rezerviralo i o kojima ga je obavijestilo društvo FURTHER, Osiguranik je obavezan Osiguratelju i/ili FURTHER nadoknaditi sve povezane troškove organizacije i pružanju novih aranžmana smještaja, osim ako je FURTHER odobrio takve promjene jer ih smatra nužnim s medicinskog gledišta.

Smještaj uključuje:

- rezervaciju za dvokrevetnu sobu u hotelu s tri ili četiri zvjezdice, uključujući doručak.
- Izbor hotela ovisi o dostupnosti i bit će odabran unutar područja od 10 km udaljenosti od bolnice ili Liječnika.

Obroci (osim doručka) i dodatni troškovi u hotelu nisu obuhvaćeni. Podizanje standarda i kvalitete usluga u hotelu nisu pokriveni osiguranjem.

7 (II)-D TROŠKOVI POVRATKA U MATIČNU ZEMLJU

U slučaju da Osiguranik (i/ili živi davatelj organa u slučaju transplantacije) premine izvan Republike Hrvatske tijekom liječenja koje je odobrilo FURTHER u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi, Polica osiguranja će pokriti troškove povratka ostataka pokojnika u Republiku Hrvatsku.

Navedeno pokrće je ograničeno isključivo na usluge i potrepštine potrebne za pripremu tijela pokojnika i prijevoza u Republiku Hrvatsku, uključujući:

- usluge koje pruža pogrebno društvo koje se odnosi na međunarodni povratak u matičnu zemlju, uključujući balzamiranje i sve administrativne formalnosti
- osnovni obvezni lijes
- prijevoz tijela pokojnika iz zračne luke do određenog mjesta gdje će pokojnik biti pokopan u Republici Hrvatskoj.

7 (II)-4 NOVČANE NAKNADE TIJEKOM LIJEČENJA U INOZEMSTVU

U slučaju hospitalizacije Osiguranika u inozemstvu zbog liječenja pokrivene bolesti ili Medicinskog zahvata pokrivene koje odobri FURTHER u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi koji su plativi prema ovom osiguranju, Osiguranik ima pravo na isplatu u visini od 100,00€ za svako cjelokupno 24-satno razdoblje smještaja u Bolnici za liječenje izvan Republike Hrvatske za Pokrivenu bolest ili Medicinski zahvat, ali najviše do 60 noćenja po svakom pojedinom zahtjevu (osiguranom slučaju). FURTHER će platiti Osiguraniku 50% troška procijenjenog boravka unaprijed (prije putovanja). Ostatak do ukupnog troška bit će plaćen na kraju svakog tjedna liječenja.

*Iznos će biti plaćen Osiguraniku u eurima izravno na njegov devizni račun u Republici Hrvatskoj.

7 (II) - 5 MEDICINSKI TROŠKOVI KOJI SU POKRIVENI NAKON POVRATKA S LIJEČENJA U INOZEMSTVU

7 (II) - 5(A) TROŠKOVI LIJEKOVA NAKON POVRATKA S LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Osiguranje pokriva troškove lijekova kupljenih u Republici Hrvatskoj, nakon liječenja Republike Hrvatske pokrivene bolesti ili medicinskog zahvata izvan Republike Hrvatske s trajanjem više od tri noći Hospitalizacije koje odobri FURTHER u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi i koji su plativi prema Polici.

Pokrće ovog prava po Polici dostupno je isključivo na temelju sljedećih uvjeta:

- Lijek mora biti preporučen putem FURTHER od strane međunarodnog/ih Liječnika koji je/su liječio/li Osiguranika, kao lijek potreban za liječenje u tijeku.
- Lijek mora biti registriran, licenciran i odobren od strane nadležnog tijela, te njegovo izdavanje i propisivanje mora biti regulirano.
- Za Lijek je potreban recept od strane Liječnika u Republici Hrvatskoj
- Lijek je moguće kupiti u Republici Hrvatskoj.
- Svaki recept ne smije prekoračiti dozu za konzumiranje dulju od 2 mjeseca.

Financiranje i povrat:

Kupnju Lijeka u ovom stavku 7(II)-5(A) Osiguranik mora sam organizirati i platiti. Osiguratelj će izvršiti povrat Osiguraniku po primitku odgovarajućeg recepta, izvornog računa i potvrde o plaćanju.

U slučaju kada je za trošak Lijeka izvršen djelomičan povrat od strane obveznog zdravstvenog osiguranja ili na temelju neke druge Police osiguranja, u zahtjevu za povrat je potrebno jasno razlikovati troškove koje je Osiguranik djelomično financirao.

Troškovi lijekova opisani u članku 7 (II) stavak 5A, ograničeni su na ukupno 50.000 € (doživotno ograničenje po osiguraniku) tijekom cijelog trajanja osiguranja.

7 (II) - 5B NASTAVAK NJEGE NAKON POVRATKA S LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Nastavak njege može biti organiziran od strane FURTHER-a na zahtjev Osiguranika koju će obaviti međunarodni liječnik (liječnici) koji je liječio Osiguranika ili njegov medicinski tim.

Naknadna skrb je pokrivena 180 dana od dana povratka osiguranika u Republiku Hrvatsku nakon završetka faze liječenja u inozemstvu i samo kada je liječenje propisano ili preporučeno preko FURTHER-a i od strane međunarodnog liječnika ili međunarodnih liječnika koji su liječili Osiguranika.

Ako Osiguranik podnese ovaj zahtjev, FURTHER će također organizirati potrebne putne i smještajne aranžmane na način opisan u članku 7 (II) 3A i 7 (II) 3B za Osiguranika i imenovane pratitelje.

7 (IV) USLUGA DRUGOG MEDICINSKOG MIŠLJENJA - MJERODAVNA ISKLJUČENJA

Dodatno uz pružanje FURTHER usluge Drugog liječničkog mišljenja, isključivo u svrhu procjene valjanosti Zahtjeva u pogledu bolesti i stanja navedenih u Članku 7(I), Polica također nudi ovu uslugu kao pogodnost za bilo koju kritično, kronično ili degenerativno stanje koje ima učinak na sposobnosti koje su potrebne za normalno vođenje svakodnevnog života.

Sljedeće bolesti/stanja neće se smatrati kritičnim, kroničnim ili degenerativnim ili neće biti uključeni u uslugu Drugog liječničkog mišljenja:

- a) akutna stanja (kratkog trajanja)
- b) manje kronične bolesti koje nije potvrdio specijalist koji provodi liječenje
- c) psihijatrijska stanja
- d) dentalni problemi
- e) pacijenti trenutno zaprimljeni u bolnici
- f) sva stanja koja prethodno nije ispitao i za koje nije izdao nalaz lokalni specijalist koji provodi liječenje.

Usluga Drugog liječničkog mišljenja ne pokriva troškove liječenja, dodatne dijagnoze ili osobne konzultacije.

Polica ne pruža usluge Drugog liječničkog mišljenja u pogledu bolesti koje su prijavljene, dijagnosticirane, liječenje i/ili za koje su se pojavili medicinski dokumentirani povezani simptomi ili nalazi (znakovi) prije Dana početka ili dana uključanja u osiguranje ili tijekom Razdoblja isključenja (Karence) za Osiguranika prema ugovoru o osiguranju.

FURTHER će potvrditi može li se bolest/stanje smatrati kritičnim, kroničnim ili degenerativnim nakon što obavi prvu procjenu medicinskog slučaja.

Članak 8.

ISKLUČENJA IZ OSIGURANJA ZA USLUGU MEDICINSKOG POSREDNICA

Osiguratelj nema obveze u slijedećim slučajevima:

a) Opća isključenja

1. Troškovi nastali iz svih Bolesti ili Medicinskih zahvata koji nisu specifično navedeni u članku 7(I).
2. Svi troškovi za Bolesti ili Ozljede nastale kao posljedica ratova, terorističkih činova, potresa, nemira, nereda, poplava, erupcija vulkana, ili kao izravna ili neizravna posljedica nuklearne reakcije i bilo kojeg drugog izvanrednog ili katastrofalnog fenomena; uključujući službeno objavljene epidemije.
3. Svi troškovi zdravstvene skrbi nastali kao posljedica alkoholizma, ovisnosti o drogama i/ili opojnim sredstvima uzrokovani zlorabom alkohola i/ili uporabom psihoaktivnih lijekova, narkotika ili halucinogenih sredstava. Također se isključuju posljedice i Bolesti koje proizlaze iz pokušaja samoubojstva i samoozljeđivanja.
4. Troškovi nastali zbog Bolesti ili zdravstvenih stanja koja su uzrokovana namjerno ili prijevarom ili koja su uzrokovana nedarom ili nedarom tijekom počinjenja kaznenog djela Osiguranika ili su nastali kao posljedica u trenutku počinjenja kaznenog djela ili nakon toga.
5. Šteta u kojoj Osiguranik, prije, tijekom ili nakon postupka procjene štete koju je utvrdio FURTHER:
 - nije slijedio savjete, recepte ili plan liječenja liječnika koji ga je liječio ili
 - odbija primiti bilo kakvo liječenje ili biti podvrgnut dodatnim dijagnostičkim analizama ili testovima potrebnim za uspostavu konačne dijagnoze ili plana liječenja.

b) Isključenja iz medicinskih (zdravstvenih) razloga

1. Prethodno postojeće bolesti prijavljene, dijagnosticirane, liječene ili koje pokazuju povezane medicinski dokumentirane simptome ili nalaze (znakove) u razdoblju od 10 godina prije datuma početka važenja Police osiguranja.
2. Eksperimentalno liječenje kao i dijagnostički, terapijski i/ili kirurški postupci čija sigurnost i pouzdanost nisu ispravno i znanstveno dokazane.
3. Medicinski zahvati potrebni za liječenje AIDS-a (sindroma stečene imunodeficijencije), HIV-a (virusa humane imunodeficijencije) ili bilo kojeg stanja koje iz njih proizlazi (uključujući Kaposijev sarkom), ili bilo kakvo liječenje AIDS-a ili HIV-a.
4. Sve usluge koje nisu Medicinski neophodne za liječenje Pokrivene bolesti ili Medicinskog zahvata, kao je opisano u članku 7(I).
5. Bilo koji alternativni tretman, usluga, nabava ili liječnički recept za bolest ili medicinsko stanje, a za koje je najbolje liječenje transplantacija pokrivena ovim osiguranjem (Klauzula 7 (I) -E i stavak 7 (I) -F)
6. Svaka bolest ili zdravstveno stanje koje je uzrokovano medicinskim postupcima organiziranim i plaćenim ovim osiguranjem, osim u slučaju da je dotična bolest ili zdravstveno stanje pokrivena bolest ili zahtijeva pokriveni medicinski postupak opisan u članku 7 (I).

7. Liječenje dugoročnih nuspojava, ublažavanje kroničnih simptoma ili rehabilitacija (uključujući, ali ne ograničavajući se na fizioterapiju, rehabilitaciju pokretljivosti te jezičnu i govornu terapiju).
8. U odnosu na troškove lijekova koji su pokriveni nakon povratka iz tretmana u inozemstvo (klauzula 7 (II) - 5A), primjenjuju se sljedeća izuzeća:
 - Troškovi lijekova koje u cijelosti financira Javno zdravstvo Republike Hrvatske ili koje su pokrivene bilo kojom Policom osiguranja koju osiguranik ima.
 - Administrativni trošak lijeka.
 - Svaka kupnja lijekova nastala izvan Republike Hrvatske
 - Računi dostavljeni osiguravajućem društvu više od 180 dana nakon kupnje lijeka.

c) Isključeni troškovi

1. Troškovi nastali u vezi s dijagnostičkim postupcima, liječenjem, uslugama, potrepštinama ili liječničkim receptima ili koji iz njih proizlaze, bilo koje vrste, a koji su nastali u Republici Hrvatskoj, osim troškova za Lijekove koji su pokriveni na temelju članka 7(II) stavak 5A.
2. Troškovi nastali u vezi s dijagnostičkim postupcima, liječenjem, uslugama, potrepštinama ili liječničkim receptima ili koji iz njih proizlaze, bilo koje vrste, a koji su nastali diljem svijeta kada se Osiguranik, u trenutku podnošenja odgovarajuće obavijesti o zahtjevu, ne može smatrati stalnim/zakonskim rezidentom Republike Hrvatske.
3. Troškovi nastali prije izdavanja Preliminarne liječničke potvrde.
4. Troškovi nastali u Bolnici koja nije odobrena i navedena u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi.
5. Troškovi nastali protivno odredbama Članka 9: Postupak podnošenja zahtjeva.
6. Troškovi nastali u odnosu na usluge kućne njege ili usluge pružene u centrima ili ustanovama zdravstvene skrbi, hospicijima ili ustanovama za starije i nemoćne osobe, iako su takve usluge zatražene ili potrebne kao posljedica Pokrivene bolesti ili Medicinskog zahvata.
7. Troškovi nastali kupnjom (ili najmom) bilo koje vrste Proteze ili ortopedskih pomagala, korzeta, zavoja, štaka, umjetnih udova ili organa, vlasulja (i kada je njihova uporaba potrebna tijekom liječenja kemoterapijom), ortopedske obuće, remena i ostale slične opreme ili predmeta, osim grudnih proteza potrebnih nakon Operativnog zahvata mastektomije koji su organizirani i plaćeni na temelju ove Police i protetskih srčanih zalistaka kao posljedica Operativnog zahvata koji je plaćen temeljem ove Police.
8. Troškovi nastali kupnjom ili najmom kolica, posebnih kreveta, uređaja za klimatizaciju, pročišćivača zraka i ostalih sličnih predmeta ili opreme.
9. Lijekovi koji nisu izdani od strane ovlaštenog ljekarnika ili koji se mogu dobiti bez liječničkog recepta. Troškovi nastali uporabom Alternativne medicine, iako ju je izričito propisao Liječnik.
10. Troškovi za liječničku skrb ili hospitalizaciju u slučajevima kognitivnih poremećaja, senilnosti ili cerebralnog oštećenja, bez obzira na status razvoja istih.
11. Naknade tumača, troškovi telefona i ostali troškovi koji se odnose na osobne predmete koji nisu medicinske prirode, ili bilo koje druge usluge pružene rodbini i pratiteljima.
12. Troškovi nastali Osiguraniku ili rodbini i pratiteljima, osim onih koji su izričito pokriveni.
13. Troškovi koji se odnose na smještaj ili prijevoz koje organizira Osiguranik, njegov pratitelj ili živi davatelj organa.

d) Isključene Bolesti i Medicinski zahvati

U slučaju liječenja Karcinoma (Članak 7 (I) stavak A)

Svi tumori u prisutnosti sindroma stečene imunodeficijencije (AIDS). Bilo koji nemelanomski rak kože koji nije histološki klasificiran da je uzrokovao invaziju izvan epidermisa (vanjski sloj kože).

U slučaju zahvata premoštenja koronarne arterije (Članak 7 (I) stavak B)

Sve bolesti srca koje se liječe korištenjem tehnika različitih od premoštenja koronarnih arterija, kao bilo koja vrsta angioplastike, stentovi.

U slučaju organa živog davatelja (Članak 7 (I) stavak E)

Svaka transplantacija čija je potreba nastala kao posljedica bolesti jetre uzrokovane alkoholizmom.

Sve transplantacije kada se transplantacija izvodi kao autologna transplantacija.

Sve transplantacije kada je Osiguranik davatelj organa za treću osobu (nije pokriveno Uvjetima).

Sve transplantacije od mrtvih davatelja.

Sve transplantacije organa koje uključuju liječenje Matičnim stanicama.

Transplantacije koje su omogućene kupnjom organa davatelja.

POSTUPAK PODNOŠENJA ZAHTJEVA

Osiguranik ili bilo koja, od Osiguranika ovlaštena osoba, koja nastupa u ime Osiguranika, kod podnošenja zahtjeva postupa u skladu sa niže opisanim postupkom. Prije primitka bilo kojeg liječenja, usluge, potrepštine ili liječničkog recepta u vezi s Pokrivenom bolešću ili Medicinskim zahvatom, kako je navedeno u članku 7(I), Osiguranik ili bilo koja druga osoba koja pravno djeluje u njegovo ime, mora se pridržavati sljedećeg postupka:

1. **Prijava**

Potrebno je kontaktirati Osiguratelja što je prije moguće kako bi se obavijestilo o potencijalnom Zahtjevu.

Osiguranik će biti obaviješten o koracima potrebnim za davanje daljnjih dijagnostičkih testova i medicinske dokumentacije potrebne za procjenu valjanosti Zahtjeva.

Ako osiguranik zatraži uslugu Drugog liječničkog mišljenja, ova usluga mora biti dovršena prije potvrde pokrića Zahtjeva u skladu s Policom osiguranja.

2. **Obveza osiguranika**

Osiguranik je dužan surađivati s FURTHER-om, pružajući slobodan pristup medicinskoj dokumentaciji koju posjeduje Osiguranik, Liječnici, Bolnice ili druge medicinske ustanove odgovorne za liječenje do datuma kada je potencijalni Zahtjev prijavljen.

Svaki Zahtjev će se ocjenjivati za pokriće u skladu s Policom samo kada su sve potrebne informacije primljene od osiguranika i odgovarajućih liječnika, bolnica ili drugih medicinskih ustanova.

3. **Procjena zahtjeva i prijedlog bolnice za liječenje**

Po primitku svih relevantnih dijagnostičkih testova i povijesti bolesti prema zahtjevu FURTHER-a, Osiguranik će biti obaviješten ako je Zahtjev pokriven Policom.

U slučaju da osiguranik želi razmotriti liječenje u inozemstvu, osiguraniku će biti dostavljen popis preporučenih bolnica.

4. **Liječenje u inozemstvu: Preliminarna liječnička potvrda**

Po primitku potvrde Osiguranika o njegovoj odluci da se liječi u inozemstvu u bolnici odabranoj s popisa preporučenih bolnica za liječenje, FURTHER će preko Medicinskog posredništva organizirati potrebne logističke i medicinske dogovore za ispravan prijem Osiguranika i Preliminarna liječnička potvrda važiti će samo za tu bolnicu.

Popis preporučenih bolnica i Preliminarna liječnika potvrda izdaju se na temelju zdravstvenog stanja osiguranika u vrijeme izdavanja. Budući da se zdravstveno stanje osiguranika može mijenjati tijekom vremena, oba dokumenta će imati rok valjanosti od tri mjeseca.

U slučaju da osiguranik ne odabere bolnicu s popisa preporučene bolnice ili ne pokrene liječenje u odobrenoj bolnici navedenoj u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi u roku od tri mjeseca od izdavanja, nove verzije tih dokumenata mogu se ponovno izdati na temelju zdravstvenog stanja osiguranika u to vrijeme.

Sve dok su uvjeti Preliminarne liječnice potvrde ispunjeni, osiguravajuće društvo će, u skladu s Policom, izravno preuzeti medicinske troškove navedene u članku 7 (II) - 2 i potrebne putne i smještajne aranžmane navedene u članku 7. (II) - 3A i članku 7 (II) - 3B podložno ograničenjima, isključenjima i uvjetima navedenim u Polici.

5. **Povratak s liječenja u inozemstvu**

Faza liječenja u inozemstvu završit će se potvrđivanjem od strane FURTHER-a da nije propisano daljnje medicinski neophodno liječenje od strane međunarodnih liječnika.

Nakon završetka tretmana u inozemstvu liječenja FURTHER će se pobrinuti za konačni povrat osiguranika i pratitelja u Republiku Hrvatsku i predstaviti osiguraniku smjernice za ostvarivanje pokrivenih zdravstvenih troškova nakon povratka iz liječenja u inozemstvo, detaljno opisano u članku 7 (II) - 5. Te će se smjernice temeljiti na preporukama međunarodnih liječnika.

Po dolasku Osiguranika u Republiku Hrvatsku Osiguranik ima pravo na:

- nadoknadu troškova liječenja navedenih u članku 7 (II) - 5A i
- zatražiti FURTHER da organizira naknadnu skrb kako je detaljno opisano u članku 7 (II) - 5B tijekom sljedećih 180 dana.

6. **Procjena Zahtjeva nakon povratka iz liječenja u inozemstvo**

Nakon konačnog povratka osiguranika na Republiku u Hrvatskoj, a nakon što je primio liječenje u inozemstvu koje je navedeno u Članku 9 5, razvoj zdravstvenog stanja osiguranika može odrediti potrebnu za novom procjenom radi daljnjeg medicinski neophodnog liječenja. Pod uvjetom da je Polica osiguranika još uvijek aktivna u ovom trenutku, osiguranik ima pravo kontaktirati FURTHER radi izvršenja procjene.

FURTHER će zatim ponovno potvrditi osiguraniku korake potrebne za davanje daljnjih relevantnih dijagnostičkih testova i medicinske dokumentacije potrebne za dovršenje ove procjene.

- U slučaju da procjena od strane FURTHER-a potvrdi da je potrebno daljnje medicinski neophodno liječenje zbog iste bolesti ili pokrivenog medicinskog postupka koji je prethodno tretiran Policom, to će biti procijenjeno od strane FURTHER (kao što je detaljno opisano u članku 9-3) te potvrđeno Osiguraniku izdavanjem nove Preliminarne liječničke potvrde, s popisom preporučenih bolnica i mogućim liječenjem u inozemstvu (kao što je detaljno opisano u točkama 9-3 i 9-4), što se smatra nastavkom istog zahtjeva.

- Kada je to medicinski opravdano od strane FURTHER-a, procjena može zahtijevati izradu novog Drugog liječničkog mišljenja.

- Nakon konačnog vraćanja Osiguranika u Republiku Hrvatsku nakon primitka ove nove epizode liječenja u inozemstvu, utvrdit će se novo razdoblje od 180 dana za dodatnu skrb, kako je detaljno opisano u članku 7 (II) - 5B.

- U slučaju da procjena od strane FURTHER-a potvrdi da je ovaj novi zahtjev povezan s drugim bolestima ili medicinskim postupkom i da stoga nije povezan s prethodnim Zahtjevom, ovaj će se scenarij smatrati novim i zasebnim potencijalnim Zahtjevom, a cijeli proces detaljno opisan u ovom članku 9 potrebno je slijediti.

7. **Suradnja**

Osiguranik i njegova rodbina moraju dopustiti posjete medicinskih stručnjaka koji predstavljaju FURTHER i/ili osiguravajuće društvo te svako ispitivanje koje Osiguratelj smatra potrebnima, a koji se odnosi na posjet ili njegu osiguranika od strane tih liječnika, treba biti oslobođeno čuvanja profesionalne tajne.

Ako ne dopuste gore navedene posjete, Osiguratelj neće biti u obvezi osigurati pokriće određeno Policom i ovim Uvjetima.

Sve troškove povezane s izdavanjem dokumentacije snosi Osiguranik i Osiguratelj neće snositi nikakve troškove u svezi plaćanja.

Ugovaratelj osiguranja i/ili Osiguranik izričito dopušta Osiguratelju da provjeri autentičnost korištenja usluga koje su podložne plaćanju.

Članak 10.

IZMJENE UVJETA OSIGURANJA

Ako Osiguratelj izmijeni uvjete osiguranja i/ili Premijske tarife kako je navedeno u Članku 4., o tome će pisano ili na drugi pogodan način izvijestiti Ugovaratelja osiguranja najkasnije 30 (trideset) dana prije isteka tekuće godine osiguranja.

Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti o izmjenama Uvjeta. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće godine osiguranja.

Ako Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik ne otkaže 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.

Članak 11.

PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU ZBOG NEPLAĆANJA PREMIJE

Ako Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik premiju koja je dospjela nakon sklapanja ugovora o osiguranju 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 odnosno Osiguraniku 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.

U svakom slučaju ugovor prestaje, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

Članak 12.

RASKID UGOVORA O OSIGURANJU

Ugovaratelj osiguranja može u pisanom obliku zatražiti raskid ugovora o osiguranju ukoliko ono nije prestalo iz kojeg od drugih razloga.

Ako je otkaz izjavljen u prvih 14 dana trajanja osiguranja od dana početka osiguranja navedenog u Polici osiguranja odnosno od dana primitka Police ili od dana kada se Polica osiguranja obnovi, Osiguratelj će vratiti do tada uplaćenu Premiju osiguranja tekućeg osigurateljnog razdoblja pod uvjetom da u tom razdoblju Osiguranik nije koristio naknade iz Police.

Ako je otkaz izjavljen nakon 14 dana, Osiguratelj će Osiguraniku poslati potvrdu da je ugovor o osiguranju prestao ukoliko su se za to stekli uvjeti sukladno ovim Uvjetima.

U slučaju raskida ugovora, Osiguratelj se obvezuje vratiti Ugovaratelju osiguranja preplaćenu premiju (dio premije koji se odnosi na razdoblje od dana raskida do kraja osigurateljne godine) koju je do trenutka raskida platio. Ukoliko su do dana raskida ugovora o osiguranju konzumirane naknade iz osiguranja, Ugovaratelj osiguranja nema pravo na povrat premije koju je do tada platio.

Prijedlog za raskid ugovora o osiguranju Ugovaratelj osiguranja je dužan podnijeti pisanim putem (poštom, elektronskom poštom ili telefaksom) najkasnije 3 mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.

Kod ugovora sklopljenog na daljinu, Ugovaratelj osiguranja može jednostrano raskinuti ugovor o osiguranju sklopljen sredstvom daljinske komunikacije, ne navodeći za to razloge, u roku od 14 dana od dana sklapanja ugovora o osiguranju, ako do tada nije koristio naknade iz osiguranja (Osiguratelj ispunjavao svoje obveze iz ugovora).

Ugovaratelj osiguranja ne može jednostrano raskinuti ugovor o osiguranju, ako je koristio naknade iz ugovora o osiguranju. Ugovaratelj osiguranja mora dati izričitu izjavu da pristaje da Osiguratelj može započeti s ispunjenjem ugovora prije isteka roka od 14 dana, u kom slučaju ne može koristiti mogućnost raskida

Osim po ovim odredbama Ugovorne strane mogu raskinuti ugovor po uvjetima i na način uređen Zakonom o obveznim odnosima.

Članak 13.

NESUGLASNOST STRANAKA

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 sa predmetnim ugovorom o osiguranju, riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka osiguratelja o izvansudskom rješavanju sporova.

Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik, u slučaju nezadovoljstva postupanjem osiguratelja, imaju pravno podnijeti pritužbu Osiguratelju. Pritužba se može uputiti na sljedeće adrese i načine:

- e-mail: pritužbe@crosig.hr
- telefon: 072 00 1884
- fax: 01 63 32 020
- web stranica www.crosig.hr
- prodajna mjesta Croatia osiguranja d.d.
- na adresu: CROATIA osiguranje d.d. Kontakt centar, Vatroslava Jagića 33, 10000 Zagreb.

Rok za podnošenje pritužbe protiv odluke ili postupanja Osiguratelja ne može biti kraći od 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: ime, 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, dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe kada i je moguće priložit, 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, datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa, punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.

Osiguratelj će u pisanom obliku ili putem elektroničke pošte, odgovoriti na pritužbu najkasnije u roku od 15 dana od dana primitka pritužbe.

Ukoliko spor nije riješen u izvansudskom postupku kod osiguratelja, svaka od stranaka u sporu može predložiti drugoj strani pokretanje postupka mirenja pri Centru za mirenje Hrvatskog ureda za osiguranje ili drugoj organizaciji za mirenje. Prijedlog za mirenje dostavlja se Centru za mirenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje ili drugoj organizaciji za mirenje u pisanom obliku.

Ako spor nije riješen na koji od predviđenih načina, za rješavanje spora nadležan je Općinski sud u Zagrebu.

Članak 14.

MJERODAVNO PRAVO

Na odnose koji nisu uređeni ovim uvjetima ili ugovorom o osiguranju sklopljen po ovim uvjetima primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim

odnosima, Zakona o osiguranju i Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno odgovarajući pozitivni propisi Republike Hrvatske.

Članak 15.

ZAVRŠNE ODREDBE

Osiguratelj se obvezuje da će čuvati privatnost svih kupaca. Prikupljamo samo nužne, osnovne podatke o kupcima/korisnicima u svrhu sklapanja ugovora o osiguranju i obrađujemo ih u marketinške svrhe, unutar Grupe CROATIA osiguranje d.d. Svi se podaci o korisnicima strogo čuvaju i dostupni su samo djelatnicima kojima su ti podaci nužni za obavljanje posla. Svi djelatnici osiguratelja i poslovni partneri odgovorni su za poštivanje načela zaštite privatnosti. Nadalje, Osiguratelj može prenijeti osobne podatke Osiguranika predstavnicima i članovima FURTHER u svrhu pružanja i poboljšanja usluga „Best Doctors Plus uz Croatia osiguranje“.

Ovi uvjeti usvojeni su od strane Uprave CROATIA osiguranje d.d., a primjenjuju se od 15. lipnja 2020. godine.