

Uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Best Doctors Plus

ZNAČENJE POJEDINIH IZRAZA

- (1) **Uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Best Doctors Plus** - odredbe kojima se uređuju međusobna prava i obveze između osiguratelja, ugovaratelja osiguranja i osiguranika iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju Best Doctors Plus te čine sastavni dio ugovora o osiguranju;
 - (2) **Osiguratelj** - CROATIA osiguranje d.d., s kojim je sklopljen ugovor o osiguranju;
 - (3) **FURTHER** - Further Underwriting International, S.L.U., društvo koje organizira pružanje usluge drugog liječničkog mišljenja i usluge medicinskog posredništva;
 - (4) **Ugovaratelj osiguranja** - fizička ili pravna osoba koja s osigurateljem sklopi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju Best Doctors Plus i koja je obvezna platiti premiju osiguranja;
 - (5) **Osiguranik** - fizička osoba kojoj pripadaju prava iz ugovora o osiguranju;
 - (6) **Potrošač** - svaka fizička osoba koja sklapa pravni posao ili djeluje na tržištu izvan svoje trgovačke, poslovne, obrtničke ili profesionalne djelatnosti;
 - (7) **Polica osiguranja** - isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju (dalje u tekstu: polica);
 - (8) **Osigurani slučaj** - potvrđena dijagnoza bolesti osiguranika na temelju pružene usluge drugog liječničkog mišljenja povodom koje se osiguranik može liječiti u bolnici izvan države svog prebivališta, biti podvrgnut medicinskim zahvatima i povodom koje mogu nastati medicinski i nemedicinski troškovi tijekom i nakon osiguranikovog povratka s liječenja;
 - (9) **Karenca ili odgoda osigurateljnog pokrivanja** - razdoblje od 90 (devedeset) dana u kojem osiguratelj nije u obvezi isplatiti naknadu iz osiguranja ako nastane osiguranik slučaj;
 - (10) **Premija osiguranja** - iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti osiguratelju temeljem sklopljenog ugovora o osiguranju;
 - (11) **Iznos osiguranja** - najveći iznos do kojeg je osiguratelj u obvezi u slučaju isplate dnevne naknade za hospitalizaciju osiguranika, a koji najviše može iznositi 6.000 €;
 - (12) **Limit** - cjeloživotni limit po pojedinom osiguraniku odnosno cjeloživotna gornja granica obveze osiguratelja za sve osigurane slučajeve nastale za čitavo vrijeme trajanja osiguranja po svim osiguranikovim novougovorenim i obnovljenim policama osiguranja Best Doctors Plus;
 - (13) **Ugovor o osiguranju na daljinu** - ugovor sklopljen između osiguratelja i ugovaratelja osiguranja u okviru organiziranog sustava prodaje ili pružanja usluge bez istodobne fizičke prisutnosti ugovornih strana pri čemu se do trenutka sklapanja te za sklapanje ugovora koristi jedno ili više sredstva daljinske komunikacije;
 - (14) **Sredstva daljinske komunikacije** - sredstva koja se bez istodobne fizičke prisutnosti osiguratelja i ugovaratelja osiguranja mogu koristiti za sklapanje ugovora na daljinu, kao što su primjerice Internet, telefon s ljudskim posredovanjem i bez njega, elektronička pošta i dr.;
 - (15) **Drugo liječničko mišljenje** - usluga pružanja izvješća o drugom liječničkom mišljenju koju izdaje liječnik specijalist nakon prikupljanja i detaljnog pregleda medicinske dokumentacije osiguranika;
 - (16) **Medicinsko posredništvo** - usluga organiziranja liječenja i popratnih aktivnosti koju pruža FURTHER za nastale osigurane slučajeve prema ovim uvjetima, a što uključuje:
 - praćenje slučaja,
 - organizaciju putovanja za potrebe liječenja osiguranika u bolnici izvan države njegovog prebivališta,
 - smještajni aranžman za osiguranika i njegovog pratitelja;
 - (17) **Zdravstveni upitnik** - skup pitanja na temelju kojih osiguratelj procjenjuje zdravstveno stanje osiguranika i ocjenjuje povećani rizik bolesti/stanja prije sklapanja ugovora o osiguranju. Ako se ocjenjuje zdravstveno stanje maloljetnika, zdravstveni upitnik ispunjava i potpisuje ugovaratelj osiguranja ili zakonski skrbnik osiguranika;
 - (18) **Osnovna liječnička potvrda** - pisano odobrenje FURTHER-a i/ili osiguratelja kojim se potvrđuje nastanak osiguranog slučaja i prije čijeg izdavanja osiguranik ne može započeti s liječenjem u bolnici izvan države svog prebivališta ili koristiti pomagala ili dobiti recepte za lijekove radi ostvarivanja prava iz ugovora o osiguranju;
 - (19) **Zahtjev za korištenje usluge ili naknade** - zahtjev za korištenje usluge iz ugovora o osiguranju po nastalom osiguranom slučaju (dalje u tekstu: odštetni zahtjev);
 - (20) **Razdoblje za ostvarivanje prava iz osiguranja** - razdoblje u trajanju od trideset i šest (36) mjeseci koje počinje s danom prvog plaćenog putovanja radi liječenja u bolnici izvan države osiguranikovog prebivališta;
 - (21) **Primjenjivo razdoblje za ostvarivanje prava iz osiguranja** - razdoblje za ostvarivanje prava iz osiguranja iz točke (20) koje se odnosi na pojedinu grupu pokrića, a tijekom kojeg je moguće ostvariti prava iz ugovora o osiguranju na temelju svih osnovanih odštetnih zahtjeva u okviru iste grupe pokrića;
 - (22) **Medicinske potrebe** - zdravstvene usluge i medicinske pretpostavke koje su:
 - propisane osiguraniku u svrhu liječenja prema pokrivenim medicinskim postupcima s ciljem poboljšanja zdravstvenog stanja osiguranika,
 - 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 iz članka 9. ovih Uvjeta.
 - isplative u usporedbi s alternativnim tretmanima koji rezultiraju sličnim ishodima, uključujući i liječenje,
 - 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;

- (23) **Liječenje u inozemstvu** - medicinski neophodno liječenje organizirano od strane FURTHER-a tijekom primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja izvan Republike Hrvatske i koje je pokriveno ovim uvjetima;
- (24) **Liječnik** - profesionalan liječnik koji posjeduje zakonsko odobrenje (licencu) za samostalan rad kao liječnik;
- (25) **Kardiolog** - liječnik specijalist za bolesti srca i krvožilnog sustava;
- (26) **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;
- (27) **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. Sve bolesti i učinci koji proizlaze iz iste dijagnoze kao i sva oboljenja koja su posljedica istoga uzroka ili povezanih uzroka smatrat će se istom bolešću. Ako je oboljenje uzrokovano istim uzrokom koji je doveo i do pojave neke ranije bolesti ili uzrokom povezanim uz raniju bolest, trenutna bolest smatrat će se nastavkom prethodne bolesti, a ne novom, zasebnom bolešću;
- (28) **Ozljeda** - vidljivo oštećenje na tijelu osiguranika;
- (29) **Proteza** - pomagalo koje u cijelosti ili djelomično zamjenjuje dio tijela ili koje zamjenjuje sve ili dio funkcija neučinkovitog ili oštećenog dijela tijela;
- (30) **Kognitivni poremećaji** - poremećaji koji značajno narušavaju kognitivnu funkciju pojedinca do točke u kojoj je normalno funkcioniranje u društvu nemoguće bez liječenja, što je definirano najnovijom verzijom Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-V) izdanog od strane Američke udruge psihijata;
- (31) **Bolnica** - privatna ili javna organizacija zakonski ovlaštena pružati liječničku skrb za bolesti ili tjelesne ozljede, a koja je opremljena materijalnim i tehnološkim sredstvima te odgovarajućim osobljem za pružanje dijagnostičkih i/ili terapijskih postupaka u kojoj su liječnici i medicinsko osoblje prisutni 24 sata na dan;
- (32) **Hospitalizacija** - cjelodnevni boravak koji uključuje i noćenje u bolnici za potrebe dijagnostičkih i/ili terapijskih postupaka;
- (33) **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;
- (34) **Neinvazivan "in situ" karcinom** - zloćudni tumor koji je ograničen na epitel na kojemu je nastao, a nije zahvatio stromu ili okolna tkiva;
- (35) **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;
- (36) **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;
- (37) **Naknadna njega** - bilo koji dijagnostički pregled i/ili usluga praćenja stanja od strane liječnika specijaliziranog za bolest koja se liječi, a koji su ostvareni nakon liječenja u inozemstvu s ciljem da se utvrdi je li kod osiguranika došlo do pogoršanja stanja ili komplikacije liječene bolesti ili je izgledno da će se to dogoditi, sve u svrhu sprječavanja relapsa odnosno povratka iste bolesti. Plan kontrolnih pregleda treba izraditi liječnik kod kojega se osiguranik liječio u inozemstvu i treba sadržavati vremenske intervale i vrste dijagnostičkih postupaka;
- (38) **Rekonstrukcijska kirurgija** - postupci koji su namijenjeni ponovnoj izgradnji tjelesne strukture osiguranika kako bi se ispravio gubitak funkcionalnosti;
- (39) **Proizvodi za gensku terapiju** - proizvodi koji sadrže gene koji proizvode terapijski, profilaktički ili dijagnostički učinak. Isti funkcioniraju tako što umeću rekombinantne gene u tijelo, najčešće u svrhu liječenja raznih bolesti, uključujući genetske poremećaje, karcinome ili dugotrajne bolesti. Rekombinantni gen je dio DNK ili RNK koji je kreiran u laboratoriju povezivanjem DNK ili RNK iz različitih izvora;
- (40) **Proizvodi za terapiju somatskim stanicama** - proizvodi koji sadrže stanice ili tkiva kojima su umjetno promijenjene biološke karakteristike ili stanice ili tkiva koja nisu namijenjena ostvarivanju istih osnovnih funkcija u tijelu, mogu se koristiti u liječenju, dijagnozi ili sprječavanju bolesti;
- (41) **Proizvodi proizvedeni pomoću tkivnog inženjerstva** - proizvodi koji sadrže stanice ili tkiva koja su izmijenjena na način da ih je moguće koristiti za popravak, regeneraciju ili zamjenu ljudskog tkiva;
- (42) **Terapija CAR T-stanicama (terapija T-stanicama s kimernim antigenskim receptorima)** - vrsta liječenja u okviru kojeg se T-stanice pacijenta (vrsta stanice imunološkog sustava) mijenjaju u laboratoriju kako bi napadale stanice karcinoma. T-stanice se uzimaju iz krvi pacijenta, a zatim se u laboratoriju dodaje gen za posebni receptor koji se veže na određeni protein u stanicama karcinoma pacijenta. Taj posebni receptor zove se kimerni antigenski receptor (CAR, eng. Chimeric Antigen Receptor). CAR T-stanice uzgajaju se u laboratoriju u velikim brojevima i daju se pacijentu putem infuzije;
- (43) **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;
- (44) **Jezik komunikacije** - svi dokumenti koje dostavlja osiguranik, uključujući i izdavanje drugog liječničkog mišljenja, kao i sva daljnja komunikacija između osiguranika, ugovaratelja osiguranja, osiguratelja i predstavnika FURTHER odvijat će se na hrvatskom jeziku.

OSIGURANIK

Članak 1.

- (1) Osiguranici mogu biti zdrave osobe od 31 (tridesetjednog) dana starosti do 64 (šezdesetčetiri) godine života koje imaju prebivalište u Republici Hrvatskoj.
- (2) Osiguratelj prije sklapanja ugovora o osiguranju ocjenjuje zdravstveno stanje osobe čija se sposobnost za osiguranje ocjenjuje. Ako osiguratelj na temelju ispunjenog zdravstvenog upitnika ocjeni da je rizik osiguranja prevelik jer iz popunjenog upitnika proizlazi da osoba boluje od bolesti zbog kojih osiguratelj nije u mogućnosti pružiti osigurateljno pokrivenje, ugovor o osiguranju neće biti moguće sklopiti.
- (3) Kao dodatni osiguranici mogu se ugovoriti:

- **partner osiguranika** - bračni/izvanbračni drug, registrirani partner ili ako nije sklopljen brak ili ne postoji izvanbračna zajednica odnosno ako nije registrirano partnerstvo, partner može biti i osoba starija od 18 (osamnaest) godina koja živi s osiguranikom i koja je financijski ovisna o osiguraniku ili koje oboje financijski ovise jedan o drugome. Partner ne može biti osoba koja je s osiguranikom u krvnom srodstvu, a osiguranik može imenovati samo jednu osobu kao partnera. Partner može biti osoba istog ili različitog spola od osiguranika;
- **članovi obitelji** - partner osiguranika ili uzdržavano dijete osiguranika ili osiguranikovog partnera (uključujući biološko dijete, dijete partnera ili posvojeno dijete). Uzdržavano dijete mora imati isto prebivalište kao i osiguranik, osim ako se drukčije ugovori. Kao član obitelji može se osigurati i dijete starije od 18 (osamnaest) godina, a mlade od 35 (tridesetpet) godina ako:
 - ako nije u bračnoj zajednici,
 - nije stalno zaposleno na osnovu punog radnog vremena ili nije samozaposleno,
 - je redovni učenik/student,
 - je iz ostalih razloga potpuno ovisno o osiguraniku ili osiguranikovu partneru zbog potrebe uzdržavanja i njege.

VRIJEME TRAJANJA UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 2.

- (1) Kad se ugovara kao dodatno pokrivanje po već sklopljenom ugovoru o dodatnom zdravstvenom osiguranju ili kad se ugovara pri istovremenom sklapanju ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju, osiguranje Best Doctors Plus sklapa se na određeno vrijeme koje ne može biti kraće od 2 (dvije) godine.
- (2) Kad se osiguranje Best Doctors Plus sklapa kao samostalno pokrivanje bez ugovaranja dodatnog zdravstvenog osiguranja, ugovor o osiguranju Best Doctors Plus sklapa se na neodređeno vrijeme.

SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 3.

- (1) Nakon što je osiguratelj ocijenio rizik i nakon što su se ugovaratelj osiguranja i osiguratelj usuglasili oko bitnih sastojaka ugovora, ugovor o osiguranju Best Doctors Plus sklapa se:
 - potpisivanjem police
 - ili plaćanjem premije osiguranja ili prvog obroka premije
 - ili prihvatom ponude.
- (2) U slučaju kada se ugovor o osiguranju sklapa prihvatom ponude, pisana ponuda obvezuje ugovaratelja osiguranja, ako nije odredio kraći rok, za vrijeme od 8 (osam) dana od dana kada je ponuda prispjela osiguratelju, a ako je potrebna ocjena rizika temeljem liječničkog pregleda ili uvidom u medicinsku dokumentaciju osiguranika, onda za vrijeme od 30 (trideset) dana.
- (3) Ako je ponuda sukladna uvjetima/programu osiguratelja po kojima se sklapa ugovor o osiguranju, osiguratelj će prihvatiti ponudu te o sklopljenom ugovoru ugovaratelju osiguranja dostaviti policu.
- (4) Ako pisana ponuda odstupa od uvjeta/ programa osiguratelja po kojima se sklapa ugovor o osiguranju, osiguratelj ima pravo u roku od 8 (osam) dana od dana zaprimanja odbiti ponudu i o tome pisanim putem obavijestiti ugovaratelja osiguranja, te mu dostaviti novu, izmijenjenu ponudu sukladno odgovarajućim uvjetima/programu osiguratelja.

- (5) Ako ugovaratelj osiguranja pisano ne prihvati ponudu s predloženim drugačijim uvjetima/programom osiguratelja u roku od 14 (četrnaest) dana od dana zaprimanja pisane ponude, ugovor o osiguranju ne nastaje.
- (6) Kad se ugovor o osiguranju iz čl. 2.st.2. ovih uvjeta sklapa na daljinu, ugovor se sklapa plaćanjem premije osiguranja ili prvog obroka premije.
- (7) Kad potrošač ugovor o osiguranju iz čl.2.st.2. ovih uvjeta sklapa na daljinu, plaćanju premije osiguranja prethodi njegov izričit pristanak:
 - da plati premiju prije isteka roka za jednostrani raskid ugovora, i
 - da osiguratelj započne ispunjavati ugovor prije isteka roka za jednostrani raskid ugovora.
- (8) Ako ugovaratelj osiguranja i osiguranik nisu ista osoba, a osiguranik je maloljetnik, za važenje ugovora potreban je potpis roditelja maloljetnika ili zakonskog skrbnika.

POČETAK I PRESTANAK OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 4.

- (1) Osigurateljno pokrivanje počinje istekom karence odnosno istekom 90-og (devedesetog) dana od dana sklapanja ugovora o osiguranju pod uvjetom da je do dana početka trajanja osiguranja plaćena premija ili prvi obrok premije ili istekom 90-og (devedesetog) dana od dana uključivanja novog osiguranika u osiguranje, ako je do dana početka trajanja osiguranja za tog novog osiguranika plaćena premija ili prvi obrok premije.
- (2) Ako premija ili prvi obrok premije nije plaćen do dana ugovorenog kao početak trajanja osiguranja osigurateljno pokrivanje počinje istekom 90-og (devedesetog) dana od onoga dana kada je plaćena premija ili prvi obrok premije..
- (3) Kod ugovora o osiguranju sklopljenih na daljinu osigurateljno pokrivanje počinje i prestaje sukladno stavku 1. i 2. ovog članka pod uvjetom da je ugovaratelj osiguranja u svojstvu potrošača izričito pristao da se ugovor počinje ispunjavati prije isteka roka za jednostrani raskid ugovora, sukladno čl. 3. st.7 ovih Uvjeta
- (4) Osigurateljno pokrivanje za svakog pojedinog osiguranika prestaje odmah nakon isplate limita navedenog u čl. 11 ovih uvjeta od strane osiguratelja. Kada osigurateljno pokrivanje prestane prije isteka ugovorenog trajanja osiguranja zbog isplate ukupnog limita, premija osiguranja pripada osiguratelju za cijelo trajanje osiguranja. U slučaju da je za osiguranika koji je ujedno i ugovaratelj osiguranja osigurateljno pokrivanje prestalo prije isteka ugovorenog trajanja osiguranja zbog isplate ukupnog limita, osigurateljno pokrivanje za članove obitelji, kao dodatne osiguranike, neće prestati pod uvjetom da ugovaratelj osiguranja ili druga zainteresirana osoba nastavi plaćati odgovarajuću premiju za članove obitelji.
- (5) U svakom slučaju osigurateljno pokrivanje prestaje:
 - istekom dana smrti osiguranika,
 - istekom dana kada osiguranik postane poslovno nesposoban, bez obzira na to kada je od tome obaviješten osiguratelj,
 - istekom posljednjeg dana kalendarske godine u kojoj je osiguranik navršio 85 (osamdesetipet) godina života,
 - istekom dana prestanka postojanja zakonske osnove za osiguranje,
 - prestankom ugovora o osiguranju (istekom/otkazom).

KARENCA

Članak 5.

- (1) Karenca je razdoblje od 90 (devedesetog) dana koje započinje:
 - od dana sklapanja ugovora o osiguranju,
 - ili od dana plaćanja premije osiguranja(čl.4. st.2),
 - ili od dana uključanja novog osiguranika u osiguranje.
- (2) Osiguratelj u razdoblju karence nije u obvezi isplatiti naknadu iz osiguranja ako utvrdi postojanje bilo koje dijagnosticirane ili liječene bolesti ili bolesti koja pokazuje prve povezane medicinski dokumentirane simptome.
- (3) Karenca se ne primjenjuje ako ugovaratelj osiguranja dostavi dokaz da je od prethodnog ugovora o osiguranju Best Doctors Plus, koji je prestao, a koji je bio sklopljen kod bilo kojeg osiguratelja, do dana sklapanja novog ugovora o osiguranju Best Doctors Plus, proteklo najviše 30 (trideset) dana.

TERITORIJALNO POKRIĆE

Članak 6.

- (1) Osiguranje sklopljeno po ovim Uvjetima vrijedi u cijelom svijetu, osim na teritoriju Republike Hrvatske.

OPSEG I LIMITI OSIGURATELJNIH POKRIĆA

OPSEG POKRIĆA

Članak 7.

- (1) Osiguratelj temeljem ovih uvjeta pokriva uslugu drugog liječničkog mišljenja, troškove liječenja pokrivenih bolesti i medicinske zahvate navedene u člancima 8. i 9. ovih uvjeta te troškove lijekova kada su ispunjeni svi sljedeći uvjeti:
 - medicinske usluge i postupci pokriveni osiguranjem izvode se tijekom primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja;
 - odgovarajuća prijavljena bolest ili zdravstveno stanje nisu dijagnosticirani ili liječeni, te nisu medicinski dokumentirani povezani simptomi ili nalazi (znakovi), u 10 godina prije datuma početka trajanja osiguranja ili datuma uključanja novog osiguranika, ili tijekom karence;
 - liječenje je medicinski opravdano (potrebno);
 - troškovi su unutar limita i ograničenja navedenih u ovim uvjetima;
 - liječenje organizira FURTHER u skladu s postupkom za podnošenje odštetnog zahtjeva navedenog u članku 22. ovih uvjeta.
 - liječnički troškovi nastali su izvan Republike Hrvatske osim ako se radi o:
 - medicinskim troškovima pokrivenih u članku 18. ovih uvjeta.
 - troškovima kontrolnih pregleda pokrivenih u članku 19. ovih uvjeta.
 - troškove utvrđivanja bilo kojeg postupka liječničke dijagnoze, liječenja, usluge, potreptina ili recepta kako je navedeno u člancima 12.,13.,14.,15., 16., 17., 18 i 19. ovih uvjeta.

BOLESTI I LIJEČENJA POKRIVENA OSIGURANJEM

- GRUPA POKRIĆA A

Članak 8.

- (1) Osiguraniku je primjenom ovih uvjeta pokriveno liječenje nastalo uslijed sljedećih vrsta karcinoma:

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

MEDICINSKI ZAHVATI POKRIVENI OSIGURANJEM

- GRUPE POKRIĆA B, C I D

Članak 9.

- (1) Osiguraniku su primjenom ovih uvjeta pokriveni medicinski zahvati iz pojedinih grupa pokrića iz ovog članka za slučajeve kada osnovna bolest koja je predmet zahvata nije povezana s liječenjem karcinoma.
- (2) Kardiovaskularni zahvati ili „GRUPA POKRIĆA B“ obuhvaćaju:
 - 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.
 - zamjenu ili reparaciju 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.
- (3) Neurokirurški zahvati ili „GRUPA POKRIĆA C“ obuhvaćaju:
 - Intrakranijalna i specifična operacija kralježnične moždine - što predstavlja sve operativne zahvate na mozgu ili na ostalim intrakranijalnim strukturama te liječenje dobroćudnih tumora koji se nalaze na leđnoj moždini (Medulla spinalis).
- (4) Transplantacije „GRUPA POKRIĆA D“ obuhvaćaju:
 - transplantaciju organa od živog davatelja - kirurška transplantacija gdje osiguranik dobiva bubreg, dio jetre, plućno krilo ili dio gušterače od drugog živog kompatibilnog davatelja.
 - transplantaciju koštane srži - transplantacija koštane srži (BMT) ili transplantacija matičnih stanica iz periferne krvi (PB SCT) osiguraniku, koja potječe od osiguranika (autologna transplantacija koštane srži) ili živog kompatibilnog davatelja (alogeni transplantacija koštane srži).
- (5) Transplantacija krvotvornih matičnih stanica (HCT) pomoću krvi iz pupkotine je isključena iz obveze osiguratelja.

POKRIVENE USLUGE OSIGURANJA PRIJE LIJEČENJA U

INOZEMSTVU

Članak 10.

- (1) U trenutku podnošenja odštetnog zahtjeva osiguranik ima pravo zahtijevati od FURTHER-a, osim usluge drugog liječničkog mišljenja radi potvrde dijagnoze pokrivenih bolesti ili medicinskog postupka, i procjenu optimalnog plana liječenja. Procjenu optimalnog plana liječenja osiguranik može zatražiti samo jednom po odštetnom zahtjevu.

LIMITI OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 11.

- (1) Osiguratelj temeljem ovih uvjeta pokriva usluge, troškove i dnevne naknade do limita navedenih u ovim uvjetima, a koji su

nastali u vezi s pokrivenim bolestima i liječenjem navedenima u člancima 8. i 9. ovih uvjeta.

- (2) Sve usluge za koje se pruža osigurateljna zaštita moraju biti dogovorene sa FURTHER-om, a svi troškovi moraju biti ostvareni unutar primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja.
- (3) Cjeloživotni limit po jednom osiguraniku iznosi ukupno 2.000.000,00 € i odnosi se na sve osigurane slučajeve nastale za čitavo vrijeme trajanja osiguranja po novougovorenim i obnovljenim policama osiguranja.
- (4) Cjeloživotni limit za troškove lijekova opisanih u članku 18. ovih uvjeta po jednom osiguraniku ukupno iznosi 50.000,00 € i odnosi se na sve osigurane slučajeve nastale za čitavo vrijeme trajanja osiguranja po novougovorenim i obnovljenim policama osiguranja.
- (5) Dnevna naknada za hospitalizaciju opisana u članku 17. ovih uvjeta ograničena je na 100,00 € po danu, najviše do 60 (šezdeset) dana po osiguranom slučaju.
- (6) Pri praćenju isplata u sklopu cjeloživotnog limita iz st.3. ovog članka uključene su i sve isplate po limitu iz st.4.ovog članka, odnosno pri utvrđivanju preostalog limita, limiti iz st.3 i 4. se ne zbrajaju.

POKRIVENI MEDICINSKI TROŠKOVI TIJEKOM LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Članak 12.

- (1) Osiguranje pokriva medicinske troškove liječenja u inozemstvu, do limita pokrića navedenih u ovim uvjetima, a koji su nastali u svezi s liječenjem pokrivenih bolesti osiguranika i medicinskih zahvata prema uvjetima utvrđenim u osnovnoj liječničkoj potvrdi, a koji su nastali od datuma izdavanja osnovne liječničke potvrde:
 - Troškove nastale u bolnici koji se odnose na:
 - a. 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;
 - b. ostale bolničke usluge uključujući one koje pruža ambulantni odjel bolnice, te troškove vezane uz trošak dodatnog kreveta ili kreveta za posjetitelja ako bolnica pruža takvu uslugu;
 - c. korištenje operacijske sale i svih usluga povezanim a s time.
 - Troškove nastale u dnevnoj bolnici ili neovisnom centru za skrb, ali samo ako su liječenje, operativni zahvat ili recept za lijekove pokriveni ovim uvjetima;
 - Liječničke troškove za potrebe pregleda, liječenja, liječničke skrbi ili operativnih zahvata;
 - Troškove posjete liječnika tijekom hospitalizacije;
 - Troškove sljedećih medicinskih i kirurških usluga, liječenja ili recepta:
 - a. anestezija i davanje anestetika, pod uvjetom da ih daje licencirani anesteziolog;
 - b. laboratorijski nalazi i patohistološki nalazi, 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 pokriveno bolesti ili medicinskog zahvata, kada ih provodi liječnik ili se provode pod nadzorom liječnika;
 - c. transfuzija krvi, davanje plazme i seruma;

- d. troškovi korištenja kisika, primjenom intravenoznih otopina i injekcija;
 - e. radijacijska terapija koja predstavlja 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);
 - f. rekonstruktivna kirurgija za popravak ili obnovu oštećene strukture ili uklonjene medicinskim postupcima koji su pokriveni ovim uvjetima;
 - g. liječenje komplikacija ili nuspojava izravno povezanih s medicinskim postupcima pokrivenih ovim uvjetima, a koji zahtijevaju hitnu liječničku pomoć u bolnici ili kliničkoj ustanovi i zahtijevaju rješavanje prije nego što se osiguranik proglasi medicinski sposobnim za putovanje radi povratka u Republiku Hrvatsku nakon završetka faze liječenja u inozemstvu;
 - h. troškove lijekova koji se daju na liječnički recept dok je osiguranik hospitaliziran radi liječenja pokriveno bolesti ili medicinskog zahvata. Lijekovi propisani za postoperativnu njegu pokriveni su u razdoblju od 30(trideset) dana od datuma kada je osiguranik završio fazu liječenja u inozemstvu dobivenu izvan Republike Hrvatske i isključivo kada su kupljeni prije povratka u Republiku Hrvatsku.
- Troškove cestovnog ili zračnog sanitetskog prijevoza kada je isti naveden i preporučen od strane liječnika i ako ih je prethodno odobrio FURTHER.
 - Troškove usluga pružene živom davatelju organa tijekom postupka uklanjanja organa ili tkiva koji će se transplantirati osiguraniku, a koji proizlaze iz:
 - a. analize i testa koji se provode radi utvrđivanja prikladnog donatora unutar članova obitelji osiguranika;
 - b. 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);
 - c. operativnog zahvata i liječničkih usluga za uklanjanje organa ili tkiva davatelja koji će se transplantirati osiguraniku.
 - Troškovi usluga i materijala dostavljenih za kulture koštane srži u vezi s transplantacijom tkiva koje će se primijeniti na osiguraniku.

POKRIVENI NEMEDICINSKI TROŠKOVI TIJEKOM LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Članak 13.

- (1) Osiguranje pokriva nemedicinske troškove do limita navedenih u ovim uvjetima, a koji proizlaze u vezi s putnim i smještajnim aranžmanima koje je organizirao FURTHER kako bi osiguraniku omogućio pristup liječenju prema uvjetima iz osnovne liječničke potvrde.
- (2) Putovanje i smještaj pokriveni su za osiguranika i osobu u pratnji ili 2 (dvije) osobe u pratnji, ako se liječi maloljetan osiguranik, s tim da svako putovanje uključuje putovanje od Republike

Hrvatske do odredišta gdje će se liječiti osiguranik te povratak, kao i potreban smještaj za cijelo vrijeme trajanja svakog putovanja.

- (3) Datume i trajanje putovanja odredit će FURTHER na temelju plana liječenja koji je odredio inozemni liječnik koji vodi liječenje.
- (4) Put i smještaj za svako odobreno putovanje od strane FURTHERA pokriveni su prema odredbama navedenim u člancima 14., 15, i 16. ovih uvjeta.

POKRIVENI PUTNI TROŠKOVI LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Članak 14.

- (1) U svrhu liječenja koje je odobrilo FURTHER u osnovnoj liječničkoj potvrdi, osiguranje pokriva putne troškove za put u inozemstvo osiguranika, njegovog pratitelja ili 2 (dva) pratitelja kada je osiguranik na liječenju maloljetan te živog davatelja organa u slučaju transplantacije.
- (2) Organizaciju putovanja i sve dogovore u svezi s organizacijom putovanja obvezuje se provesti FURTHER.
- (3) Osiguratelj neće platiti putne troškove koje je osiguranik organizirao sam ili bilo koja treća osoba za račun osiguranika.
- (4) FURTHER odlučuje o datumima putovanja na temelju odobrenog plana liječenja, a osiguranik će biti obaviješten o navedenim datumima kako bi na vrijeme mogao planirati svoje putovanje.
- (5) U slučaju da osiguranik promjeni datume putovanja koji se razlikuju od onih o kojima ga je obavijestio FURTHER, osiguranik je obavezan osiguratelju nadoknaditi sve povezane troškove organizacije i pružanja novih putnih aranžmana, osim ako je FURTHER prethodno odobrio takve promjene jer ih smatra nužnima s medicinskog gledišta.
- (6) Putni troškovi pokriveni osiguranjem uključuju:
 - prijevoz iz stalnog prebivališta osiguranika do određene zračne luke ili međunarodne željezničke postaje;
 - željezničku ili avionsku kartu ekonomske klase do odredišta za liječenje i prijevoz do određenog hotela;
 - prijevoz iz određenog hotela ili bolnice do određene zračne luke ili međunarodne željezničke stanice;
 - željezničku ili avionsku kartu ekonomske klase i naknadni prijevoz do mjesta stalnog prebivališta osiguranika.
- (7) Putni troškovi ne uključuju redovne transfere od hotela do bolnice ili troškove liječnika koji provodi liječenje tijekom trajanja liječenja u inozemstvu.

POKRIVENI TROŠKOVI SMJEŠTAJA TIJEKOM LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Članak 15.

- (1) Osiguranje pokriva troškove smještaja osiguranika izvan Republike Hrvatske, njegovog pratitelja ili 2 (dva) pratitelja kada je osiguranik na liječenju maloljetan te živog davatelja organa u slučaju transplantacije u isključive svrhe liječenja prema odobrenju FURTHERA u osnovnoj liječničkoj potvrdi.
- (2) FURTHER se obvezuje organizirati smještaj, a osiguratelj neće podmiriti troškove smještaja koje je organizirao osiguranik ili bilo koja treća osoba za račun osiguranika.
- (3) FURTHER je odgovoran za odlučivanje o datumima rezervacije smještaja na temelju odobrenog rasporeda liječenja, a osiguranik će biti obaviješten o navedenim datumima kako bi se na vrijeme mogao organizirati.
- (4) FURTHER će objaviti datum povratka na temelju završetka liječenja i prema dogovoru s liječnikom koji provodi liječenje da osiguranik može putovati.

- (5) U slučaju da osiguranik promjeni datume putovanja koji se razlikuju od onih koje je rezervirao i o kojima ga je obavijestio FURTHER, osiguranik je obavezan osiguratelju nadoknaditi sve povezane troškove organizacije i pružanja novih aranžmana smještaja, osim ako je FURTHER odobrio takve promjene jer ih smatra nužnim s medicinskog gledišta.
- (6) Smještaj uključuje rezervaciju za dvokrevetnu sobu u hotelu s 3(tri) ili 4(četiri) zvjezdice, uključujući doručak, a izbor hotela ovisi o dostupnosti i bit će odabran unutar područja do 10 km udaljenosti od bolnice ili liječnika.
- (7) Izuzev doručka, ostali obroci i dodatni troškovi u hotelu nisu obuhvaćeni. Podizanje standarda i kvalitete usluga u hotelu nisu pokriveni osiguranjem.

POKRIVENI TROŠKOVI POVRATKA U DRŽAVU OSIGURANIKOVOG PREBIVALIŠTA

Članak 16.

- (1) U slučaju da osiguranik i/ili živi davatelj organa u slučaju transplantacije premine izvan Republike Hrvatske tijekom liječenja koje je odobrio FURTHER u osnovnoj liječničkoj potvrdi, osiguranje će pokriti troškove povratka ostataka pokojnika u Republiku Hrvatsku.
- (2) Navedeno je pokrivo isključivo ograničeno 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.

POKRIVENE DNEVNE NAKNADE TIJEKOM LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Članak 17.

- (1) U slučaju hospitalizacije osiguranika u inozemstvu zbog liječenja bolesti ili medicinskog zahvata pokrivenih ovim uvjetima, a koje odobri FURTHER u osnovnoj liječničkoj potvrdi, osiguranik ima pravo na isplatu u visini od 100,00 € (sto eura) za svako cjelokupno 24-satno razdoblje smještaja u bolnici radi liječenja bolesti ili podvrgavanja medicinskom zahvatu izvan Republike Hrvatske, ali najviše do 60 (šezdeset) noćenja po svakom pojedinom osiguranom slučaju.
- (2) FURTHER će platiti osiguraniku 50% (pedesetposto) troška procijenjenog boravka unaprijed, prije putovanja, a ostatak do visine ukupnog troška na kraju svakog tjedna liječenja.
- (3) Dnevna naknada tijekom liječenja u inozemstvu isplatit će se osiguraniku u eurima izravno na njegov devizni račun u Republici Hrvatskoj.

POKRIVENI MEDICINSKI TROŠKOVI LIJEKOVA NAKON POVRATKA S LIJEČENJA IZ INOZEMSTVA

Članak 18.

- (1) Osiguranje pokriva troškove lijekova kupljenih u Republici Hrvatskoj, nakon liječenja pokrivenih bolesti ili obavljanja medicinskog zahvata izvan Republike Hrvatske, ako je hospitalizacija trajala više od 3 (tri) noći, a koje odobri FURTHER u osnovnoj liječničkoj potvrdi i koji su pokriveni ovim uvjetima.
- (2) Osiguranje pokriva troškove lijekova nakon povratka s liječenja u inozemstvu ako su ispunjeni sljedeći uvjeti:

- lijek mora biti registriran, licenciran i odobren od strane nadležnog tijela u Republici Hrvatskoj, te njegovo izdavanje i propisivanje mora biti regulirano od strane nadležnog tijela;
 - lijek je moguće kupiti u Republici Hrvatskoj u roku i na način koji je neophodan za nastavak liječenja;
 - za lijek je potreban recept od strane liječnika u Republici Hrvatskoj;
 - lijek preporučuje FURTHER slijedeći preporuke jednog ili više inozemnih liječnika koji su liječili osiguranika, kao lijek koji je potreban za nastavak liječenja;
 - lijek se propisuje nakon hospitalizacije izvan Republike Hrvatske u trajanju od najmanje 3 (tri) noćenja, koju je odobrio FURTHER u prethodnoj osnovnoj liječničkoj potvrdi;
 - niti jedan recept ne premašuje dozu za uzimanje duže od 2 (dva) mjeseca;
 - svi su recepti izdani prije isteka primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja.
- (3) Kupnju lijeka osiguranik sam organizira i plaća, a osiguratelj će osiguraniku izvršiti povrat po primitku odgovarajućeg recepta, izvornog računa i potvrde o plaćanju pod uvjetom da su takvi računi osiguratelju dostavljeni najkasnije u roku od 180 (stoosamdeset) dana od dana nastanka troška.
 - (4) Ako trošak lijeka djelomično ili u cijelosti pokriva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ili drugo zdravstveno osiguranje, osiguratelj će nadoknaditi samo nepokrivene troškove koje je osiguranik morao sam izravno platiti.
 - (5) Odštetni zahtjev ili zahtjev za naknadu troškova mora sadržavati jasno odvojene troškove koje je izravno platio osiguranik od pokrivenog dijela troškova od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.
 - (6) Troškovi lijekova opisani u ovom članku, ograničeni su cjeloživotnim limitom na ukupno 50.000,00 € po osiguraniku tijekom cijelog trajanja osiguranja.
 - (7) U slučaju da preporučeni lijek ili alternativni jednako vrijedan lijek slične učinkovitosti, koji je potvrdio FURTHER, nije licenciran i odobren u Republici Hrvatskoj ili ga nije moguće kupiti ili nije dostupan osiguraniku u Republici Hrvatskoj, a svi su ostali uvjeti sukladno stavku 2. ovog članka ispunjeni, osiguranje će pokriti i troškove lijeka izvan Republike Hrvatske.
 - (8) U tom će slučaju FURTHER organizirati putovanje i smještaj za osiguranika i njegovog pratitelja ili 2 (dva) pratitelja kada se liječi maloljetan osiguranik.

POKRIVENI MEDICINSKI TROŠKOVI NASTAVKA NJEGE NAKON POVRATKA S LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Članak 19.

- (1) Nakon povratka u Republiku Hrvatsku po završetku faze liječenja u inozemstvu, osiguranje će pokriti troškove nastale na temelju kontrolnih pregleda u Republici Hrvatskoj, prema sljedećim uvjetima i ograničenjima:
 - kontrolni pregledi obavljani su u nekoj od bolnica koje je odabrao FURTHER;
 - kontrolni pregledi dostupni su u Republici Hrvatskoj u vrijeme i na način koji su neophodni za kontinuirano praćenje stanja;
 - kontrolni pregledi se obavljaju u skladu s preporukama inozemnog liječnika koji je vodio liječenje osiguranika, na prikladan način za kontinuirano praćenje i nadzor zdravstvenog stanja osiguranika;

- računi koji se odnose na kontrolne preglede izdani su prije isteka primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja.

- (2) Kada se provode u Republici Hrvatskoj, kontrolne preglede iz ovog članka treba izravno dogovoriti i platiti osiguranik u Republici Hrvatskoj, a osiguratelj će osiguraniku nadoknaditi trošak nakon primitka originalnog računa i dokaza o uplati pod uvjetom da su takvi računi osiguratelju dostavljeni najkasnije u roku od 180 (stoosamdeset) dana od dana nastanka troška.
- (3) Ako liječnici odgovorni za organiziranje kontrolnih pregleda u Republici Hrvatskoj utvrde, na temelju praćenja razvoja zdravstvenog stanja osiguranika, da je potrebno postupati u skladu s drukčijim smjernicama o kontrolnim pregledima od onih koje je prvotno preporučio inozemni liječnik, FURTHER će o takvim smjernicama obavijestiti inozemnog liječnika radi njegovog odobrenja te će, ako je primjenjivo, potvrditi naknadu troškova nastalih vezano uz primjenu novih prihvaćenih smjernica o kontrolnim pregledima.
- (4) Ako trošak kontrolnih pregleda djelomično ili u cijelosti pokriva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ili druga polica zdravstvenog osiguranja, osiguratelj će nadoknaditi samo nepokrivene troškove koje je osiguranik morao izravno platiti.
- (5) Zahtjev za naknadu troškova mora sadržavati jasno odvojene troškove koje je izravno platio osiguranik od pokrivenog dijela troškova od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ili druge police zdravstvenog osiguranja.
- (6) Na zahtjev osiguranika i pod uvjetom da su uvjeti navedeni u skladu sa člankom 18., stavkom 2. točkom 3. i 4. ovih uvjeta i dalje ispunjeni, FURTHER može odobriti i organizirati kontrolne preglede izvan Republike Hrvatske.
- (7) U tom slučaju kontrolne preglede obaviti će inozemni liječnik koji je vodio liječenje osiguranika ili član njegovog medicinskog tima, a osiguratelj će izravno preuzeti medicinske troškove takvih konzultacija i dijagnostičkih testova te će FURTHER organizirati potrebno putovanje i smještaj za osiguranika i odabranu osobu/osobe u pratnji.

ISKLJUČENJA OBVEZE OSIGURATELJA

ISKLJUČENJA OBVEZE OSIGURATELJA ZA USLUGU DRUGOG MEDICINSKOG MIŠLJENJA

Članak 20.

- (1) Dodatno, uz pružanje FURTHER usluge drugog liječničkog mišljenja, isključivo u svrhu procjene osnovanosti odštetnog zahtjeva u pogledu bolesti i stanja navedenih u člancima 8. i 9. ovih uvjeta, osiguranje kao pogodnost za osiguranika također pokriva drugo liječničko mišljenje koje se odnosi na bilo koje kritično, kronično ili degenerativno stanje koje ima utjecaj na sposobnosti potrebne za normalno vođenje svakodnevnog života.
- (2) Sljedeće bolesti i stanja neće se smatrati kritičnim, kroničnim ili degenerativnim niti će biti uključeni u uslugu medicinskog posredništva:
 - akutna stanja kratkog trajanja;
 - manje kronične bolesti koje nije potvrdio specijalist koji provodi liječenje;
 - psihijatrijska stanja;
 - dentalni problemi;
 - pacijenti trenutno zaprimljeni u bolnici;
 - sva stanja koja prethodno nije ispitao i za koje nije izdao nalaz lokalni specijalist koji provodi liječenje.

- (3) Usluga drugog liječničkog mišljenja ne pokriva troškove liječenja, dodatne dijagnoze ili osobne konzultacije.
- (4) Osigurateljna zaštita ne pokriva usluge drugog liječničkog mišljenja u pogledu bolesti koje su prijavljene, dijagnosticirane, liječene i/ili za koje su se pojavili medicinski dokumentirani povezani simptomi ili nalazi i znakovi prije dana početka osiguranja ili dana uključenja u osiguranje ili tijekom razdoblja karence.
- (5) FURTHER će potvrditi može li se bolest i stanje smatrati kritičnim, kroničnim ili degenerativnim nakon što provede prvu procjenu medicinskog slučaja.

ISKLJUČENJA OBVEZE SIGURATELJA ZA USLUGU MEDICINSKOG POSREDNIŠTVA

Članak 21.

- (1) Opća isključenja obveze osiguratelja:
 - troškovi nastali iz svih bolesti, zdravstvena stanja ili medicinskih zahvata koji nisu specifično navedeni u člancima 8. i 9. ovih uvjeta;
 - svi troškovi za bolesti, zdravstvena stanja 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 i pandemije;
 - svi troškovi zdravstvene skrbi nastali kao posljedica alkoholizma, ovisnosti o drogama i/ili opojnim sredstvima uzrokovani zlouporabom alkohola i/ili uporabom psihoaktivnih lijekova, narkotika ili halucinogenih sredstava.
 - posljedice, bolesti i zdravstvenih stanja koja proizlaze iz pokušaja samoubojstva i samoozljeđivanja;
 - troškovi nastali zbog bolesti ili zdravstvenih stanja koja su uzrokovana namjerno ili prijevarom ili koja su uzrokovana nemarom ili nemarom tijekom počinjenja kaznenog djela osiguranika ili su nastali kao posljedica u trenutku počinjenja kaznenog djela ili nakon toga;
 - osigurani slučaj kada osiguranik, prije, tijekom ili nakon postupka procjene osiguranog slučaja koji je utvrdio FURTHER, nije slijedio savjete, recepte za lijekove ili plan liječenja od strane liječnika koji ga je liječio ili kada osiguranik odbija primiti bilo kakvo liječenje ili biti podvrgnut dodatnim dijagnostičkim analizama ili testovima potrebnim za uspostavu konačne dijagnoze ili plana liječenja.
- (2) Isključenja obveze osiguratelja zbog medicinskih (zdravstvenih) razloga:
 - prethodno postojeće bolesti (bolesti koje su prijavljene, dijagnosticirane, liječene ili koje pokazuju povezane medicinski dokumentirane simptome ili nalaze i znakove u razdoblju od 10 (deset) godina prije datuma početka osiguranja);
 - medicinski postupci liječenja koji uključuju gensku terapiju, terapiju somatskim stanicama, tkivno inženjerstvo i terapiju primjenom CAR-T stanica;
 - eksperimentalno liječenje kao i dijagnostički, terapijski i/ili kirurški postupci čija sigurnost i pouzdanost nisu ispravno i znanstveno dokazane;
 - medicinski zahvati potrebni za liječenje AIDS-a (sindroma stečene imunodeficiencije), HIV-a (virusa humane imunodeficiencije) ili bilo kojeg stanja koje iz njih proizlazi (uključujući Kaposijev sarkom), ili bilo kakvo liječenje AIDS-a ili HIV-a;
 - sve usluge koje nisu medicinski neophodne za liječenje pokrivenih bolesti ili medicinskog zahvata, kao je opisano u člancima 8. i 9. ovih uvjeta;
 - bilo koji alternativni tretman, usluga, nabava ili liječnički recept za bolest ili medicinsko stanje, a za koje je najbolje liječenje transplantacija pokrivena člankom 9. ovih uvjeta;
 - 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 člancima 8. i 9. ovih uvjeta
 - liječenje dugoročnih nuspojava, ublažavanje kroničnih simptoma ili rehabilitacija uključujući, ali ne ograničavajući se na fizioterapiju, rehabilitaciju pokretljivosti te jezičnu i govornu terapiju.
 - u odnosu na troškove lijekova koji su pokriveni nakon povratka iz tretmana u inozemstvu iz članka 18. ovih uvjeta, primjenjuju se sljedeća izuzeća:
 - a. troškovi lijekova koje u cijelosti financira Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ili koje su pokrivene bilo kojom policom zdravstvenog osiguranja koju osiguranik ima;
 - b. administrativni trošak lijeka;
 - c. svaka kupnja lijekova nastala izvan Republike Hrvatske;
 - d. računi dostavljeni osiguravajućem društvu više od 180 dana nakon kupnje lijeka;
 - u svezi pokrivenih troškova za kontrolne preglede navedene u članku 19. ovih uvjeta primjenjuju se sljedeća isključenja:
 - a. svi troškovi koje u cijelosti pokriva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ili koje pokriva druga policna zdravstvenog osiguranja koju osiguranik ima;
 - b. svi troškovi nastali zbog toga što se nisu slijedile smjernice koje je dao FURTHER;
 - c. svi troškovi nastali u nekoj drugoj Bolnici ili medicinskoj ustanovi koju nije odobrio FURTHER;
 - d. računi dostavljeni osiguratelju radi naknade troškova nakon što je prošlo više od 180 (stoioamdeset) dana od dana nastanka troška.
- (3) Isključenja obveze osiguratelja za troškove nastale:
 - 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:
 - a. troškova lijekova pokrivenih na temelju članka 18. ovih uvjeta;
 - b. troškova kontrolnih pregleda pokrivenih na temelju članka 19. ovih uvjeta;
 - 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 odštetnom zahtjevu, ne može smatrati stalnim/zakonskim rezidentom Republike Hrvatske;
 - izvan primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja, osim onih navedenih u članku 24. stavku 3. ovih uvjeta;
 - prije izdavanja osnovne liječničke potvrde;
 - u bolnici koja nije odobrena i navedena u preliminarnoj liječničkoj potvrdi;
 - protivno odredbama članka 22., 23., 24., 25., 26., 27. i 28. ovih uvjeta;

NAČIN KORIŠTENJA USLUGA I OSTVARIVANJE NAKNADA IZ UGOVORA O OSIGURANJU

POSTUPAK PODNOŠENJA ODŠTETNOG ZAHTEVA

Članak 22.

- zbog korištenja 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 bolesti ili medicinskog zahvata pokrivenih osiguranjem;
 - 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 ovih uvjeta i protetskih srčanih zalistaka kao posljedica operativnog zahvata koji je plaćen temeljem ovih uvjeta;
 - kupnjom ili najmom kolica, posebnih kreveta, uređaja za klimatizaciju, pročišćivača zraka i ostalih sličnih predmeta ili opreme;
 - kupnjom lijekova koji nisu izdani od strane ovlaštenog ljekarnika ili koji se mogu dobiti bez liječničkog recepta;
 - uporabom alternativne medicine, iako ju je izričito propisao liječnik;
 - zbog liječničke skrbi ili hospitalizacije uslijed kognitivnih poremećaja, senilnosti ili cerebralnog oštećenja, bez obzira na status razvoja istih;
 - zbog korištenja tumača, troškove telefona i ostalih troškova koji se odnose na osobne predmete koji nisu medicinske prirode, ili bilo koje druge usluge pružene rodbini i pratiteljima;
 - osiguraniku ili rodbini i pratiteljima, osim onih koji su izričito pokriveni ovim uvjetima;
 - iz bilo kojih uzroka ako se ne smatraju uobičajenim i razumnim naknadama;
 - zbog smještaja ili prijevoza koje organizira osiguranik, njegov pratitelj ili živi davatelj organa.
- (4) Isključene bolesti i medicinski zahvati iz obveze osiguratelja:
- u slučaju liječenja karcinoma - „GRUPA POKRIĆA A“, isključeni su:
 - a. svi tumori u prisutnosti sindroma stečene imunodefijencije (AIDS);
 - b. bilo koji nemelanomski rak kože koji nije histološki klasificiran da je uzrokovao invaziju izvan epidermisa (vanjski sloj kože);
 - c. bilo kakva terapija primjenom CAR-T stanica;
 - u slučaju zahvata premoštenja koronarnih arterija - „GRUPA POKRIĆA B“, isključene su sve bolesti srca koje se liječe korištenjem tehnika različitih od premoštenja koronarnih arterija, kao bilo koja vrsta angioplastike, odnosno stentovi;
 - u slučaju transplantacije organa od živog davatelja - „GRUPA POKRIĆA D“, isključene su:
 - a. sve transplantacije čija je potreba nastala kao posljedica bolesti jetre uzrokovane alkoholizmom;
 - b. sve transplantacije kada se transplantacija izvodi kao autologna transplantacija;
 - c. sve transplantacije kada je osiguranik davatelj organa za treću osobu;
 - d. sve transplantacije od mrtvih davatelja;
 - e. sve transplantacije organa koje uključuju liječenje matičnim stanicama;
 - f. sve transplantacije koje su omogućene kupnjom organa davatelja.
- (1) Osiguranik ili bilo koja ovlaštena osoba koja nastupa u ime osiguranika, pri podnošenju odštetnog zahtjeva dužna je postupati u skladu sa uputama iz ovog članka.
- (2) Prije bilo kojeg liječenja, usluge, potrepštine ili liječničkog recepta u vezi s bolešću ili medicinskim zahvatom koji se smatraju osiguranim slučajem iz članka 8. i 9. ovih uvjeta, osiguranik ili bilo koja druga osoba koja pravno djeluje u njegovo ime treba kontaktirati osiguratelja što je prije moguće kako bi ga obavijestili o potencijalnom zahtjevu za korištenjem usluge ili naknade, nakon čega će osiguranik biti obaviješten o radnjama koje je potrebno poduzeti radi dobivanja daljnjih dijagnostičkih testova i medicinske dokumentacije potrebne za utvrđivanje osiguranog slučaja.
- (3) Ako osiguranik zatraži uslugu drugog liječničkog mišljenja, ista mora biti dovršena prije izdavanja osnovne liječničke potvrde u skladu s ovim uvjetima.
- (4) 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 podnesen zahtjev za korištenjem usluge ili naknade.
- (5) Provjera osigurateljnog pokrića svakog zahtjeva za korištenjem usluge ili naknade radit će se samo kada su prikupljene sve potrebne informacije od strane osiguranika i odgovarajućih liječnika, bolnica ili drugih medicinskih ustanova.
- (6) Po primitku svih relevantnih dijagnostičkih testova i povijesti bolesti prema zahtjevu FURTHER-a, osiguranik će biti obaviješten ako je zahtjev za korištenjem usluge ili naknade pokriven osiguranjem.
- (7) U slučaju da osiguranik želi razmotriti liječenje u inozemstvu, osiguraniku će biti dostavljen popis preporučenih bolnica, a FURTHER će procijeniti raspoloživost primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja prema sljedećim scenarijima:
1. ako ne postoje raniji zahtjevi za korištenjem usluge ili naknade po relevantnoj grupi pokrića po kojima je liječenje dogovoreno i plaćeno temeljem osiguranog slučaja, FURTHER će potvrditi punu raspoloživost primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja u trajanju od 36 (tridesetišest) mjeseci;
 2. kada postoje raniji zahtjevi za korištenje usluge ili naknade po relevantnoj grupi pokrića po kojima je liječenje dogovoreno i plaćeno temeljem osiguranog slučaja, FURTHER će potvrditi raspoloživost preostalih mjeseci primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja,
 3. kada postoje raniji zahtjevi za korištenje usluge ili naknade po relevantnoj grupi pokrića po kojima je liječenje dogovoreno i plaćeno temeljem osiguranog slučaja te je isteklo primjenjivo razdoblje za ostvarivanje prava iz osiguranja, FURTHER će potvrditi da odštetni zahtjev ili naknade temeljem police nije prihvatljiv.
- (8) U slučajevima iz stavka 7. točke 1. i 2., ovog članka osiguraniku će se dostaviti popis preporučenih bolnica.

OSNOVNA LIJEČNIČKA POTVRDA ZA POTREBE LIJEČENJA U
INOZEMSTVU

Članak 23.

- (1) Po primitku potvrde osiguranika o njegovoj odluci kojom pristaje na liječenje u inozemstvu u bolnici odabranoj s popisa preporučenih bolnica za liječenje, a pod uvjetom da je početak liječenja predviđen prije isteka primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja, FURTHER će preko medicinskog posredništva organizirati potrebne logističke i medicinske uvjete za ispravan prijem osiguranika, a osnovna liječnička potvrda važiće samo za tu bolnicu.
- (2) Popis preporučenih bolnica i osnovna liječnika potvrda izdaju se na temelju zdravstvenog stanja osiguranika u vrijeme izdavanja. Budući da se zdravstveno stanje osiguranika može mijenjati tijekom vremena, oba dokumenta imaju rok valjanosti od 3 (tri) mjeseca.
- (3) U slučaju da osiguranik ne odabere bolnicu s popisa preporučene bolnice ili ne započne liječenje u odobrenoj bolnici navedenoj u osnovnoj liječničkoj potvrdi u roku od 3 (tri) mjeseca od izdavanja, nove verzije tih dokumenata mogu se ponovno izdati na temelju zdravstvenog stanja osiguranika u to vrijeme.
- (4) Sve dok su uvjeti osnovne liječnice potvrde ispunjeni, osiguratelj će, u skladu s ugovorom o osiguranju, izravno preuzeti medicinske troškove navedene u članku 12. ovih uvjeta i potrebne putne i smještajne aranžmane navedene u članku 14. i 15. ovih uvjeta prema ograničenjima, isključenjima i uvjetima navedenim u ovim Uvjetima.

PRIMJENJIVO RAZDOBLJE ZA OSTVARIVANJE PRAVA IZ

OSIGURANJA

Članak 24.

- (1) Primjenjivo razdoblje za ostvarivanje prava iz osiguranja početak će s danom prvog putovanja radi liječenja u inozemstvu.
- (2) Polica će pokriti usluge, troškove i dnevne naknade do iznosa osiguranja i limita navedenih u ovim Uvjetima za vrijeme trajanja primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja.
- (3) U slučaju da je osiguranik hospitaliziran ili se nalazi na bolničkoj njezi u skladu s uvjetima osnovne liječničke potvrde na kraju primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja, osiguratelj će nastaviti pružati pokrivanje za medicinske troškove navedene u članku 12. ovih uvjeta sve do sljedećeg zakazanog povratka u Republiku Hrvatsku u skladu s utvrđenim planom liječenja.

POVRATAK S LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Članak 25.

- (1) U slučaju da do konačnog povratka u Republiku Hrvatsku dođe prije kraja primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja, FURTHER će osiguraniku dostaviti smjernice o ostvarivanju prava na pokrivenne medicinske troškove nakon povratka s liječenja u inozemstvu, navedene u članku 18. i 19. ovih uvjeta. Te će se smjernice bazirati na preporukama inozemnog liječnika (ili više njih).
- (2) Po ovom će scenariju, sve do kraja primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja, osiguranik imati pravo:
 - na naknadu troškova lijekova, navedene u članku 18. ovih uvjeta i
 - na naknadu troškova kontrolnih pregleda, navedene u članku 19. ovih uvjeta.

POVRATAK S LIJEČENJA U INOZEMSTVU

Članak 26.

- (1) Liječenje u inozemstvu završit će se potvrdom od strane FURTHER-a ako nije propisano daljnje medicinski neophodno liječenje od strane međunarodnih liječnika.
- (2) Nakon završetka liječenja u inozemstvu, FURTHER će se pobrinuti za konačni povrat osiguranika i pratitelja u Republiku Hrvatsku te predstaviti osiguraniku smjernice za ostvarivanje pokrivenih zdravstvenih troškova nakon povratka s liječenja iz inozemstva, kako je detaljno opisano u članku 18. i 19. ovih uvjeta, a te će se smjernice temeljiti na preporukama međunarodnih liječnika.
- (3) Osiguranik po dolasku u Republiku Hrvatsku ima pravo na:
 - naknadu troškova liječenja navedenih u članku 18. ovih uvjeta i
 - zatražiti od FURTHER-a da organizira naknadnu skrb kako je detaljno opisano u članku 19. ovih uvjeta tijekom sljedećih 180 (stoiošamdeset) dana.

PROCJENA ZAHTJEVA NAKON POVRATKA S LIJEČENJA U

INOZEMSTVU

članak 27.

- (1) Po povratku osiguranika u Republiku Hrvatsku nakon liječenja u inozemstvu opisanog u članku 25. ovih uvjeta, razvoj zdravstvenog stanja osiguranika može zahtijevati novu procjenu daljnjeg medicinski nužnog liječenja pod uvjetom da osigurateljno pokriva još uvijek traje, a osiguranik će imati pravo kontaktirati FURTHER radi izvršenja procjene.
- (2) FURTHER će zatim ponovo obavijestiti osiguranika o radnjama koje je potrebno poduzeti da bi FURTHER-u dostavio sve relevantne dijagnostičke testove i medicinsku dokumentaciju potrebnu za obavljanje procjene.
- (3) U slučaju da FURTHER u skladu s člankom 22. ovih uvjeta potvrdi da je potrebno daljnje medicinski nužno liječenje, osiguraniku će izdati novu osnovnu liječničku potvrdu, zajedno s popisom preporučenih bolnica i potencijalnih postupaka liječenja u inozemstvu, a kako je navedeno u članku 22. i 23. ovih uvjeta.
- (4) Procjena može zahtijevati korištenje nove usluge drugog liječničkog mišljenja kada je to medicinski opravdano po mišljenju FURTHER-a.
- (5) Osigurateljna zaštita će se nastaviti pružati za sve usluge i medicinske troškove opisane u člancima 12., 13., 14., 15., 16., 17., 18. i 19. ovih uvjeta sve do primjenjivog razdoblja za ostvarivanje prava iz osiguranja, a u skladu s uvjetima navedenim u najnovijoj osnovnoj liječničkoj potvrdi.

SURADNJA

Članak 28.

- (1) Osiguranik i njegovi rođaci moraju dopustiti posjete Liječnika koji rade za FURTHER i/ili osiguratelja, kao i sve upite koje osiguratelj smatra nužnim, iz kojeg će razloga liječnici koji posjećuju i liječe osiguranika biti oslobođeni obveze čuvanja profesionalne tajne.
- (2) Nedopuštanje takvih posjeta osiguratelj će smatrati izričitim odricanjem od prava na ostvarivanje pogodnosti pokrivenih osiguranjem u pogledu zahtjeva za korištenjem usluge ili naknade pokriven osiguranjem.

PRAVA I OBVEZE UGOVARATELJA

OSIGURANJA/OSIGURANIKA

OBVEZA PRIJAVLJIVANJA OKOLNOSTI ZNAČAJNIH ZA OCJENU

RIZIKA

Članak 29.

- (1) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti osiguratelju sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocjenu rizika, a koje su im poznate ili im nisu mogle ostati nepoznate.
- (2) Ovisno o tome postupa li ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik namjerno ili nenamjerno prije sklapanja ugovora o osiguranju u slučaju popunjavanja upitnika o zdravstvenom stanju ili prijavljivanja bilo kojih drugih okolnosti i podataka značajnih za ocjenu rizika mogu nastupiti i različite pravne posljedice koje se detaljnije opisuju u članku 39. i 40. ovih uvjeta.
- (3) Ako se od trenutka popunjavanja upitnika o zdravstvenom stanju u svrhu ocjene rizika radi sklapanja ugovora o osiguranju pa sve do trenutka sklapanja ugovora o osiguranju promjene okolnosti ili dani podaci na način da dođe do povećanja rizika (npr. bolesti/stanja odnosno ozljede), osiguranik odnosno ugovaratelj osiguranja mora odmah po saznanju pisanim putem o tome obavijestiti osiguratelja kako bi se ponovo ocijenio rizik.

OBVEZA PLAĆANJA PREMIJE OSIGURANJA

Članak 30.

- (1) Ugovaratelj osiguranja je dužan platiti premiju osiguratelju, a može je platiti i svaka zainteresirana osoba.
- (2) Premija osiguranja se utvrđuje za svaku osigurateljnu godinu, a ovisi o opsegu osigurateljnog pokrivača, dobi osiguranika i ocjeni njegovog zdravstvenog stanja.
- (3) Pristupna dob kao temelj za obračun premije osiguranja izračunava se tako da se od godine sklapanja ugovora, odnosno tekuće osigurateljne godine, oduzme godina rođenja osiguranika.
- (4) Iznos premije osiguranja povećava se proporcionalno navršanim godinama života u pojedinoj godini osiguranja, a sve sukladno prikazanoj tablici.:

Pristupna dob	Godišnja premija
od 0 do 18 godina	540,00 kn
od 19 do 64 godine	1.320,00 kn
od 65 do 85 godina	2.076,00 kn

- (5) Ugovaratelj osiguranja prije sklapanja ugovora odlučuje želi li ugovoriti plaćanje premije osiguranja:
 - odjednom (jednokratno plaćanje),
 - ili u ugovorenim rokovima.
- (6) Ako se ugovori plaćanje premije osiguranja odjednom premija se plaća prilikom sklapanja ugovora, pri čemu se kao dan dospijeca ugovara dan na koji je ugovor sklopljen, osim ako se drugačije ugovori. Za sljedeću osigurateljnu godinu premija osiguranja dospijeva jednom godišnje na isti dan kada je ugovor sklopljen, osim ako se drugačije ne ugovori.
- (7) Ako se ugovori plaćanje premije osiguranja u ugovorenim rokovima prvi obrok premije dospijeva prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, ako se drugačije ne ugovori, dok će se ostali obroci premije plaćati za čitavo vrijeme trajanja ugovora o osiguranju u rokovima koji dospijevaju:
 - više puta godišnje na isti dan svakog mjeseca kao i prvi obrok premije (mjesečni rokovi) ili,
 - više puta godišnje na isti dan u točno određenim mjesecima u godini koji se ugovaraju kao rokovi plaćanja premije (npr. tromjesečni rokovi), osim ako se drugačije ugovori.

- (8) Osiguratelj može obračunati zateznu kamatu na svako zakašnjenje plaćanja ugovorene premije.
- (9) Iznos premije se može promijeniti tijekom godine ukoliko dođe do zakonskih promjena koje se odnose na opseg i sadržaj osiguranja, visinu doplata i druge elemente koji su značajni za utvrđivanje visine premije, kako je definirano zakonima i zakonskim propisima iz područja zdravstva, a u kojem slučaju je osiguratelj dužan postupiti na način kako je to navedeno u članku 35. ovih uvjeta.

OBVEZE ZA VRIJEME TRAJANJA UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 31.

- (1) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je odmah pisanim putem obavijestiti osiguratelja o promjeni imena i prezimena/naziva, adrese stanovanja/sjedišta.
- (2) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik je dužan pisano obavijestiti osiguratelja o povećanju rizika:
 - odmah, ako je rizik povećan nekim njegovim postupkom,
 - najkasnije u roku od 14 (četnaest) dana od dana saznanja ako se povećanje rizika dogodilo bez njegova sudjelovanja.
- (3) Temeljem dostavljenih podataka osiguratelj ocjenjuje koliko je rizik promijenjen u odnosu na rizik koji je ocjenjivan pri sklapanju ugovora o osiguranju, te ovisno o tome osiguratelj može ostvariti prava koja su detaljnije definirana u članku 41. ovih uvjeta.

PRAVO NA RASKID UGOVORA O OSIGURANJU SKLOPLJENOG NA NEODREĐENO VRIJEME

Članak 32.

- (1) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen na neodređeno vrijeme ugovaratelj osiguranja ga može raskinuti uz obvezu slanja osiguratelju pisane obavijesti.
- (2) Obavijest je dužan dostaviti najkasnije 3 (tri) mjeseca prije datuma koji je ugovoren kao dan dospijeca premije osiguranja.
- (3) Ugovor se raskida s danom dospijeca premije osiguranja.
- (4) Pravo na raskid ugovora o osiguranju pripada i osiguratelju.

PRAVO NA OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU SKLOPLJENOG NA ODREĐENO VRIJEME

Članak 33.

- (1) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen na određeno vrijeme u trajanju do 5 (pet) godina, ugovaratelj osiguranja ga unutar roka na koji je sklopljen, ne može otkazati.
- (2) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen na određeno vrijeme u trajanju dužem od 5 (pet) godina, ugovaratelj osiguranja ga može otkazati tek protekom roka od 5 (pet) godina, upućivanjem pisane obavijesti o otkazu ugovora osiguratelju, uz obvezu poštivanja otkaznog roka od 6 (šest) mjeseci.
- (3) Pravo na otkaz ugovora o osiguranju pripada i osiguratelju.

PRAVO NA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA O OSIGURANJU SKLOPLJENOG NA DALJINU

Članak 34.

- (1) Ako je ugovor o osiguranju iz čl.2.st.2. ovih uvjeta sklopljen na daljinu ugovaratelj osiguranja ga u svojstvu potrošača može raskinuti bez navođenja razloga za raskid slanjem pisane obavijesti osiguratelju u roku od 14 (četnaest) dana.
- (2) Rok od 14 (četnaest) dana može početi teći:

- ili od dana sklapanja ugovora, ako je ugovaratelj osiguranja predugovorne informacije, primjenjujuće uvjete i ugovorne odredbe zaprimio prije sklapanja ugovora,
 - ili od dana zaprimanja predugovornih informacija, primjenjujućih uvjeta i ugovornih odredbi ako je ugovaratelj osiguranja predugovorne informacije, primjenjujuće uvjete i ugovorne odredbe zaprimio nakon sklapanja ugovora o osiguranju.
- (3) U oba slučaja iz st.2. ovog članka ugovor o osiguranju smatrat će se raskinutim onog trenutka kada osiguratelj primi pisanu obavijest o raskidu ugovora o osiguranju.
- (4) Ako je ugovor u cijelosti ispunjen na izričit zahtjev potrošača prije isteka roka od 14 (četnaest) dana, ugovaratelj osiguranja u svojstvu potrošača nema pravo na jednostrani raskid ugovora.

PRAVO NA RASKID UGOVORA O OSIGURANJU USLIJED PROMIJENE UVJETA OSIGURANJA

Članak 35.

- (1) Ako osiguratelj izmijeni uvjete osiguranja na način koji rezultira promjenom bitnog elementa ugovora o osiguranju, obvezuje se o tome pisano ili na drugi pogodan način izvijestiti ugovaratelja osiguranja.
- (2) Ugovaratelj osiguranja ima pravo raskinuti ugovor o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti.
- (3) Ako ugovaratelj osiguranja ne raskine ugovor o osiguranju u roku iz stavka (2) ovog članka, ugovor o osiguranju s izvršenim promjenama se nastavlja počevši od dana izvršene promjene naznačene u obavijesti.

PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 36.

- (1) Osim slučajeva prestanka ugovora o osiguranju navedenih u članku 32., članku 33. članku 34 i članku 35. ovih uvjeta, ugovor o osiguranju prestaje:
- istekom dana smrti osiguranika,
 - istekom dana prestanka postojanja zakonske osnove za osiguranje,
 - istekom dana kada osiguranik postane poslovno nesposoban, bez obzira na to kada je od tome obaviješten osiguratelj,
 - istekom posljednjeg dana kalendarske godine u kojoj je osiguranik navršio 85 (osamdesetpet) godina života,
 - poništajem ugovora o osiguranju predviđenog u članku 39. ovih uvjeta,
 - raskidom od strane osiguratelja predviđenog u članku 40. ovih uvjeta,
 - nastupanjem posljedica raskida ugovora po samom zakonu predviđenih u članku 41. i 42. ovih uvjeta.
 - sporazumom ugovornih strana.

PRAVO NA POVRAT NEISKORIŠTENOG DIJELA PREMIJE

Članak 37.

- (1) Ugovaratelj osiguranja ima pravo na povrat neiskorištenog dijela premije u visini razlike između uplaćene premije i premije koja odgovara razdoblju do trenutka prestanka ugovora o osiguranju.
- (2) U slučaju kada osiguratelj raskida ugovor iz razloga nenamjerne netočne prijave okolnosti značajnih za ocjenu rizika, dužan je vratiti uplaćenu premiju koja odgovara vremenu od trenutka raskida ugovora do isteka osigurateljnog razdoblja.

- (3) U slučaju kada ugovaratelj osiguranja u svojstvu potrošača jednostrano raskida ugovor o osiguranju sklopljen na daljinu osiguratelj zadržava premiju koja odgovara pruženoj usluzi do trenutka raskida ugovora o osiguranju, dok ostatak neiskorištenog dijela premije vraća ugovaratelju osiguranja.
- (4) Neiskorišteni dio premije obračunava se na način da se cjelokupan iznos premije podijeli s 365 (dana), te dobiveni dnevni iznos premije pomnoži sa brojem preostalih dana trajanja ugovora o osiguranju (metoda „pro rata temporis“).

PRAVA I OBVEZE OSIGURATELJA

OBVEZE OSIGURATELJA

Članak 38.

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj, osiguratelj je dužan započeti s organizacijom liječenja osiguranika u inozemstvu i/ili platiti naknadu iz osiguranja koja je utvrđena ugovorom o osiguranju prema ovim uvjetima, u roku od 14 (četnaest) dana, računajući od dana primitka odštetnog zahtjeva sa svom traženom dokumentacijom.
- (2) Ako je za utvrđivanje obveze osiguratelja i iznos obveze potrebno stanovito vrijeme, osiguratelj je dužan platiti naknadu iz osiguranja utvrđenu ugovorom o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka zahtjeva za korištenjem usluge ili naknade pokrivena osiguranjem ili u istom roku obavijestiti osiguranika da je zahtjev neosnovan.
- (3) Ako iznos obveze osiguratelja nije utvrđen u rokovima iz stavaka (1) i (2) ovog stavka, osiguratelj je dužan, bez odlaganja platiti nesporn iznos svoje obveze kao predujam.
- (4) Ako Osiguratelj ne ispuní svoju obvezu u razdoblju određenom u ovom stavku, osiguratelj dužuje zakonsku zateznu kamatu osiguraniku, računajući od dana primitka odštetnog zahtjeva.

PRAVO NA PONIŠTAJ UGOVORA USLIJED NAMJERNE NETOČNOSTI ILI NEPOTPUNOSTI PRIJAVE

Članak 39.

- (1) Osiguratelj može zahtijevati poništaj ugovora ako je ugovaratelj osiguranja namjerno učinio netočnu prijavu ili je namjerno prešutio okolnosti takve prirode da osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari.
- (2) U slučaju poništaja ugovora osiguratelj ima pravo zadržati i naplatiti premiju za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ugovora, ali je u obvezi platiti naknadu iz osiguranja nastalu do tog dana.
- (3) Ako osiguratelj u roku od 3 (tri) mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili prešućivanje ne izjavi da se namjerava koristiti pravom na poništaj, to pravo osiguratelja prestaje.

PRAVO NA RASKID UGOVORA USLIJED NENAMJERNE NETOČNOSTI ILI NEPOTPUNOSTI PRIJAVE

Članak 40.

- (1) Ako je ugovaratelj osiguranja nenamjerno učinio netočnu prijavu ili nenamjerno propustio dati dužnu obavijest osiguratelju o okolnostima značajnim za ocjenu rizika 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.

- (2) Ako osiguratelj izjavi ugovaratelju osiguranja da raskida ugovor, ugovor prestaje nakon isteka 14 (četrnaest) dana otkad je osiguratelj svoju izjavu o raskidu priopćio ugovaratelju osiguranja.
- (3) Ako ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ne prihvati prijedlog osiguratelja o razmjernom povećanju premije, ugovor se raskida po samom zakonu istekom 14. (četrnaestog) dana od dana primitka prijedloga osiguratelja za povećanjem premije.

PRAVO NA RASKID UGOVORA USLIJED POVEĆANJA RIZIKA

Članak 41.

- (1) Ako je nakon sklapanja ugovora o osiguranju rizik povećan toliko da osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je takvo stanje postojalo u trenutku njegova sklapanja, osiguratelj može raskinuti ugovor.
- (2) Osiguratelj može koristiti svoje pravo u roku od mjesec dana otkad je na bilo koji način saznao za povećanje rizika.

PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU ZBOG NEPLAĆANJA

PREMIJE

Članak 42.

- (1) 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 30 (trideset) dana od kada je ugovaratelju osiguranja odnosno osiguraniku uručeno preporučeno pismo osiguratelja s obaviješću o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 (trideset) dana od dospelosti premije.
- (2) U svakom slučaju ugovor prestaje ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

ZAVRŠNE ODREDBE

MJERODAVNO PRAVO I NADLEŽNOST U SLUČAJU SUDSKOG

SPORA

Članak 43.

- (1) Na ugovor o osiguranju se primjenjuje hrvatsko pravo.
- (2) Osiguratelj i ugovaratelj osiguranja će sve eventualne sporove prvenstveno nastojati riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka osiguratelja o izvansudskom rješavanju sporova. U slučaju da se unatoč nastojanju ne uspije postići mirno, sporazumno rješenje spora, za sudske sporove je nadležan stvarno nadležan sud sukladno odredbama Zakona o parničnom postupku, ukoliko ugovorne strane prilikom sklapanja ugovora o osiguranju sporazumno ne ugovore nadležnost određenog drugog suda.

PRIMJENA UVJETA OSIGURANJA

Članak 44.

- (1) Na odnose između osiguratelja, ugovaratelja osiguranja i osiguranika koji nastaju u svezi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Best Doctors Plus, primjenjuju se ovi uvjeti.
- (2) Na odnose između osiguratelja, ugovaratelja osiguranja i osiguranika koji nisu izričito regulirani ovim uvjetima, na odgovarajući način primijenit će se odredbe pozitivnih propisa Republike Hrvatske.

U primjeni od 09.07.2021. godine.