

OPĆI UVJETI ZA DRAGOVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE OSOBA ZA VRIJEME PUTOVANJA I BORAVKA U INOZEMSTVU S ASISTENCIJOM

1. članak: OPĆE ODREDBE

(1) Opći uvjeti za dragovoljno zdravstveno osiguranje osoba za vrijeme putovanja i boravka u inozemstvu (u daljnjem tekstu: opći uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju sklopljenog između ugovaratelja osiguranja i Triglav osiguranja d.d., Zagreb (u daljem tekstu: osiguratelj).

(2) Ugovaratelj osiguranja je fizička ili pravna osoba koja s osigurateljem sklapa ugovor o dragovoljnom zdravstvenom osiguranju osoba za vrijeme putovanja i boravka u inozemstvu, a osiguranik je osoba o čijem liječenju ovisi isplata osiguranog iznosa i u čiju korist je osiguranje sklopljeno.

(3) Ugovorom o dragovoljnom zdravstvenom osiguranju osoba za vrijeme putovanja i boravka u inozemstvu ugovaratelj se obvezuje da će osiguratelju platiti određeni novčani iznos (premiju), a osiguratelj da će po nastanku osiguranog slučaja osiguraniku nadoknaditi nužne dokazane troškove liječenja i troškove prijevoza, ali najviše do ugovorenog osiguranog iznosa navedenog na polici.

(4) Asistenciju, tj. stručnu asistencijsku pomoć prilikom i po nastanku osiguranog slučaja za vrijeme putovanja i boravka u inozemstvu osiguraniku pruža društvo specijalizirano za obavljanje tih poslova. Osiguranik je dužan kontaktirati call centar asistencije u trenutku nastanka osiguranog slučaja na brojeve telefona navedene na polici osiguranja i kartici.

(5) Ako je za isto vremensko razdoblje sklopljeno više od jednog ugovora o osiguranju, osigurani iznosi se ne zbrajaju, nego se isplaćuje

osigurnina prema ugovoru s najvišim osiguranim iznosom.

2. članak: PREDMET I OPSEG OSIGURANJA

(1) Osigurateljno pokrće obuhvaća razumne i uobičajene troškove nužnog liječenja i povećanih troškova transporta zbog nepredviđenih bolesti ili posljedica nesretnog slučaja (nezgode) koje se pojave ili nastanu na putovanju ili za vrijeme boravka u inozemstvu. Razumnim i uobičajenim troškovima smatraju se oni troškovi liječenja i medicinskih tretmana koji nisu viši od troškova u sličnim situacijama na istom području, a kada se radi o istom ili sličnom liječenju i medicinskom tretmanu.

(2) Osigurani slučaj je budući i neizvjestan događaj neovisan o isključivoj volji osiguranika čijim se nastupanjem za vrijeme trajanja osiguranja ostvaruje rizik pokriven ugovorom o osiguranju. Osigurani slučaj započinje početkom liječenja i završava u trenutku kada s medicinske strane gledišta liječenje više nije potrebno ili kada se osiguranik prema mišljenju liječnika može vratiti u državu stalnog boravka na daljnje liječenje.

(3) Ako se liječenje odnosi na bolest ili posljedice nesretnog slučaja koje s prethodno nastalim osiguranim slučajevima u istom razdoblju osiguranja nisu u uzročnoj vezi, osiguratelj će ih smatrati novim osiguranim slučajem.

3. članak: SKLAPANJE OSIGURANJA

(1) Osiguranje se sklapa prije početka putovanja. Osiguranje sklopljeno nakon početka putovanja nije važeće.

(2) Ugovor o osiguranju sklopljen je u trenutku kada je prihvaćena ponuda za sklapanje ugovora o osiguranju i izdana policica osiguranja.

4. članak: POČETAK I TRAJANJE OSIGURATELJNOG POKRIĆA

- (1) Trajanje ugovora o osiguranju određeno je na polici osiguranja.
- (2) Osigurateljno pokriće počinje u 24:00 sata onoga dana koji je na polici osiguranja naveden kao dan početka osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno, uz uvjet da je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja ili njezin prvi obrok i prestaje u 24:00 sata posljednjeg dana trajanja osiguranja.
- (3) Ako premija osiguranja nije u cijelosti plaćena do dana koji je na polici osiguranja naveden kao dan početka osiguranja, tada osigurateljno pokriće počinje u 24:00 sata dana kada je u cijelosti uplaćena premija osiguranja ili njezin prvi obrok.
- (4) Osiguranje prestaje isplatom svote osiguranja.
- (5) Prestankom ugovora o osiguranju prije isteka vremena za koje je premija plaćena, premija pripada osiguratelju samo do završetka dana do kojeg je on bio u obvezi, ako drugačije nije ugovoreno ili ako do prestanka osiguranja nije došlo zbog isplate svote osiguranja.
- (6) Osigurateljno pokriće ni u kojem slučaju ne vrijedi u Republici Hrvatskoj.

5. članak: PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA I POSLJEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

- (1) Ugovaratelj je dužan platiti premiju osiguranja bez odgode prilikom prijema police osiguranja.
- (2) Premija osiguranja obračunava se u EUR, a plaća u HRK po srednjem tečaju Hrvatske narodne banke na dan plaćanja premije.
- (3) Ugovaratelj osiguranja je dužan platiti premiju na račun osiguratelja o vlastitom trošku, a Osiguranik je dužan obračunavati i

Osiguratelju uplaćivati premiju osiguranja u skladu s odredbama ugovora o osiguranju.

- (4) Premija se plaća putem banke te će se smatrati da je ugovaratelj osiguranja podmirio svoju obvezu prema osiguratelju na dan kada je banka ustanova primila od ugovaratelja osiguranja nalog za plaćanje i kada je taj nalog postao neopoziv u skladu s odredbama zakona kojim se uređuje platni promet.
- (5) Ako ugovaratelj osiguranja zakasni s plaćanjem premije, osiguratelj ima pravo obračunati zatezne kamate i troškove opomene.
- (6) Mjesto plaćanja premije je mjesto u kojem ugovaratelj osiguranja ima svoje sjedište, odnosno prebivalište, ako ugovorom nije određeno neko drugo mjesto.
- (7) U slučaju neplaćanja premije, primjenjuju se mjerodavne zakonske odredbe.
- (8) Ako je osiguratelj s obzirom na ugovoreno trajanje osiguranja odobrio popust na premiju, u slučaju prijevremenog raskida ugovora o osiguranju Osiguratelj ima pravo od ugovaratelja osiguranja zahtijevati razliku između obračunate premije i premije koja bi bila obračunata da je osiguranje bilo sklopljeno na stvarni rok trajanja osiguranja.

6. članak: OBVEZE OSIGURATELJA

- (1) Osiguratelj nadoknađuje osiguraniku razumne i uobičajene troškove liječenja i prijevoza koji su nastali za vrijeme njegovog putovanja i boravka u inozemstvu, osim u slučajevima isključenim sukladno članku 7. ovih Općih uvjeta.
- (2) Troškovima nužnog liječenja u smislu ovih Općih uvjeta smatraju se isključivo troškovi:
 - a) medicinskog tretmana;
 - b) lijekova i zavoja propisanih po preporuci liječnika;
 - c) medicinskih pomagala neophodnih za liječenje (npr. gips, ortopedska pomagala, zavoji, štake) po preporuci liječnika;

d) za toplotne terapije, terapije zračenjem i druge fizikalne terapije prepisane po preporuci liječnika;

e) rendgenske dijagnostike;

f) ambulantnog pružanja medicinskih usluga ukoliko ambulanta raspolaže dijagnostičkom i terapijskom opremom i radi po metodama koje su znanstveno priznate i klinički ispitane u državi privremenog boravka osiguranika. Osiguranik se mora uputiti u bolnicu u mjestu njegovog privremenog boravka ili u najbližu odgovarajuću bolnicu;

g) medicinskog nužnog prijevoza do bolnice;

h) operacije (uključujući troškove u svezi s operacijom);

i) hitne stomatološke intervencije potrebne za otklanjanje akutnih bolova zbog bolesti ili oštećenja zuba, uključujući i vađenje zuba i jednostavne popravke proteza, ali ne i izradu nadomjesnih zuba ili krunica.

(3) Povećanim troškovima prijevoza u smislu ovih Općih uvjeta smatra se razlika između troškova koje bi osiguranik imao po redovnom tijeku stvari prilikom povratka u državu stalnog boravka i onih koji su nastali zbog potrebe povratka u državu stalnog boravka (repatrijacija) zbog nastanka osiguranog slučaja i to:

a) povećani troškovi prijevoza osiguranika u državu stalnog boravka, sukladno preporuci liječnika, ako u mjestu njegovog privremenog boravka ili u najbližoj okolini ne postoji mogućnost pružanja adekvatne medicinske njege, a to može utjecati na pogoršanje zdravlja pacijenta. Uz to, također se priznaju i dodatni povećani troškovi za osobu u pratnji osiguranika, ukoliko je potrebna medicinska pratnja ili je propisana zakonom;

b) u slučaju smrti - povećani nužni troškovi transporta u državu stalnog boravka ili nužni troškovi vezani uz pogreb u inozemstvu, ali ne

više od iznosa ugovorenog i navedenog u polici osiguranja.

Povećani troškovi, u smislu gore navedenih odredbi su:

- u slučaju prijevoza pacijenta u državu stalnog boravka koji su nastali naknadno zbog ostvarivanja osiguranog slučaja na povratku u državu stalnog boravka;

- u slučaju smrti, troškovi koji prelaze iznos troškova koji bi nastali da je osiguranik umro u državi stalnog boravka.

(4) Maksimalno osigurateljno pokriće za pojedinačno putovanje određeno je osiguranim iznosom navedenim na polici osiguranja.

7. članak: ISKLJUČENJE OBVEZE OSIGURATELJA

(1) Osiguratelj nema obvezu nadoknaditi troškove liječenja i troškove prijevoza zbog:

a) kroničnih bolesti i njihovih posljedica koje su nastale i bile poznate na početku osiguranja, čak i ako nisu bile liječene, kao i bolesti i njihovih posljedica koje su bile liječene tijekom zadnja tri mjeseca prije početka osiguranja, izuzev u slučaju nepredviđene liječničke pomoći za sprečavanje akutne životne opasnosti ili, izuzetno, za smanjenje akutnih bolova. Ista isključenja vrijede i za posljedice nesretnog slučaja;

b) bolesti i nesretnog slučaja koji je posljedica aktivnog sudjelovanja osiguranika u ratnim događajima ili pobunama;

c) bolesti i nesretnog slučaja koji osiguranik zadobije, odnosno pretrpi aktivno sudjelujući u sportskim natjecanjima ili pripremama koje organiziraju sportski savezi ili društva osim ako je to izričito ugovoreno i ako je plaćena odgovarajuća viša premija;

d) bolesti i nesretnog slučaja koji je posljedica aktivnog sudjelovanja osiguranika u kaznenim djelima ili ako su posljedica uživanja alkohola ili droga;

e) odstranjivanja estetskih mana ili tjelesnih anomalija, preventivnog cijepjenja, dezinfekcije, liječničke dijagnostike i testiranja.

f) troškova nastalih za vrijeme boravka u toplicama, rehabilitacijskim centrima, sanatorijima, zdravstvenim centrima i domovima ili sličnim ustanovama za oporavak;

g) troškova psihoanalitičkih i psihoterapeutskih tretmana;

h) troškova vezanih uz trudnoću, porođaj i njegove posljedice, izuzev u slučaju akutnog, nenormalnog tijeka trudnoće i njezinih posljedica kada osiguratelj pokriva troškove liječenja i medicinskih mjera za neposredno otklanjanje opasnosti po život majke ili djeteta, pod uvjetom da trudnica prilikom nastanka akutne komplikacije nije navršila 36 godina života ni trideset tjedana trudnoće.

i) medicinske pomoći kod tegoba tipičnih za trudnoću i njezine posljedice, uključujući i promjenu kroničnih tegoba koje su posljedica trudnoće;

j) praćenja ili troškova prekida trudnoće;

k) njege pružene od osiguranikovog partnera, djece ili roditelja, osim dokazanih materijalnih troškova;

l) rehabilitacije i proteza;

m) zbrinjavanja koje nije navedeno u članku 6. ovih Općih uvjeta.

(2) U cijelosti su isključene sve obveze osiguratelja ako je osigurani slučaj nastao kao posljedica bolesti pandemijskih razmjera sukladno proglasu i kriterijima nadležnog tijela (nadležno ministarstvo, nadležni ministar, svjetska zdravstvena organizacija itd.).

8. članak: OBVEZE OSIGURANIKA ODNOSNO UGOVARATELJA

(1) Osiguranik je u trenutku nastanka osiguranog slučaja dužan u najkraćem mogućem roku kontaktirati call centar asistencije na brojeve telefona navedene na

polici osiguranja i kartici te slijediti upute asistencije i liječnika.

(2) U slučaju kada osiguranik iz objektivnih razloga nije mogao kontaktirati call centar asistencije, dužan je podnijeti odštetni zahtjev osiguratelju u roku od tri mjeseca po završetku liječenja, odnosno po prijevozu u državu stalnog boravka ili u slučaju smrti, nakon prijevoza posmrtnih ostataka.

(3) Ugovaratelj osiguranja, osiguranik odnosno korisnik dužni su na zahtjev osiguratelja dostaviti sve potrebne podatke za utvrđivanje okolnosti nastanka osiguranog slučaja i opsega odgovornosti osiguratelja za isplatu naknade, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inozemstvo.

(4) Ugovaratelj osiguranja i osiguranici ovlašćuju osiguratelja da prikupi sve potrebne podatke od trećih osoba (liječnika, stomatologa, medicinskih radnika, medicinskih zavoda svih vrsta, zavoda za zdravstveno osiguranje, zdravstvenih i socijalnih službi).

9. članak: ISPLATA NAKNADE ŠTETE

(1) Osiguratelj je dužan ispuniti svoju obvezu kada su pored dokaza o osigurateljnomo pokriću priloženi i dokazi navedeni u točkama od (2) do (5) ovog članka.

Osiguratelju je potrebno dostaviti originalne račune o nastalim troškovima i kopije medicinske dokumentacije. Ako korisnik dostavi duplikate računa, mora ih ovjeriti u ustanovi koja je izdala originalne račune. Na računima moraju biti navedeni ime i prezime osiguranika i osnovni identifikacijski podaci, opis bolesti, pojedinačno navedeni medicinski tretmani s podacima o liječenju; na računu za lijekove mora biti jasno vidljiv propisani lijek, cijena i pečat ljekarne. Za stomatološke tretmane, računi moraju sadržavati opis liječenih zuba i izvršenih intervencija.

(2) Zahtjev za naknadu povećanih troškova transporta ili pogreba mora biti utemeljen na računima, kao i ured- noj smrtovnici i liječničkoj potvrdi o uzroku smrti. Zahtjev za naknadu troškova prijevoza bolesnika u državu stalnog boravka mora biti utemeljen na računima i liječničkoj potvrdi s opisom bolesti koji se prilažu zahtjevu. Liječnička potvrda pored toga mora sadržavati dokaz da je povratak, s medicinskog stajališta, bio nužan.

(3) Osiguratelj ima pravo zahtijevati i drugu dokumentaciju koja je neophodna za utvrđivanje osnova i visine odštetnog zahtjeva.

(4) Osiguratelj isplaćuje naknadu štete osiguraniku kojem se dogodio osigurani slučaj. U slučaju smrti osiguranika, naknada se isplaćuje zakonskim nasljednicima.

(5) Ako je osiguranik prilikom sklapanja osiguranja dao netočne podatke o svojim godinama, a njegova starost prelazi 65 godina te nije platio odgovarajući doplatak za povećani rizik za starost iznad 65 godina, ugovoreni osigurani iznos smanjuje se proporcionalno u odnosu između plaćene premije i premije koja odgovara stvarnoj starosti osiguranika.

(6) Ako osiguranik prilikom sklapanja osiguranja dao netočne podatke, odnosno nije prijavio aktivno bavljenje sportom za vrijeme putovanja i boravka u inozemstvu te nije platio odgovarajući doplatak za povećani rizik aktivnog bavljenja sportom, ugovoreni osigurani iznos smanjuje se proporcionalno odnosu između plaćene premije i premije koja bi trebala biti plaćena za takav povećani rizik. Aktivnim bavljenjem sportom smatra se sudjelovanje na individualnim ili organiziranim treninzima i javnim sportskim natjecanjima na kojima osiguranik sudjeluje kao registrirani član sportske organizacije ili društva.

(7) Naknada štete obračunava se i isplaćuje u kunskoj protuvrijednosti po srednjem tečaju Hrvatske narodne banke koji vrijedi na dan isplate.

10. članak: PRESTANAK OSIGURATELJNOG POKRIĆA

(1) Osigurateljno pokriće prestaje:

- istekom valjanosti police ili
- povratkom u državu stalnog boravka ili
- prijevozom u smislu odredbi sukladno članku 6. stavak 3. točka a).

(2) Prelazak državne granice Republike Hrvatske smatra se završetkom boravka u inozemstvu.

(3) Ako se liječenje bez prekida nastavlja i po isteku valjanosti police osiguranja, osiguranjem su pokriveni i troškovi tog liječenja, ali ne više od 4 (četiri) tjedna i pod uvjetom da oboljelog osiguranika nije bilo moguće transportirati u državu stalnog boravka ili ako se povratak oduži zbog razloga na koje osiguranik nije mogao utjecati.

11. članak: USTUPANJE PRAVA I PORAVNANJE ODŠTETNOG ZAHTJEVA

(1) Ako ugovaratelj ili osiguranik prema trećim osobama istakne odštetne zahtjeve koji nisu osigurateljno-pravne prirode, mora te zahtjeve pismenim putem ustupiti osiguratelju do visine isplaćene naknade iz osiguranja.

(2) Ako ugovaratelj ili osiguranik odustane od takvih zahtjeva ili od prava na podnošenje odštetnog zahtjeva bez suglasnosti osiguratelja, gubi pravo na odgovarajući dio osiguranog iznosa.

(3) Ako ugovaratelj ili osiguranik primi odštetu od osobe odgovorne za štetu, osiguratelj ima pravo za taj iznos umanjiti naknadu iz osiguranja.

(4) Ugovaratelj ili osiguranik ne može založiti ni ustupiti potraživanja prema osiguratelju.

12. članak: ČUVANJE OSOBNIH PODATAKA

(1) Ugovaratelj odnosno osiguranici potpisom police sukladno Zakonu o zaštiti osobnih podataka dozvoljavaju da se osobni podaci iz ponude, police ili pristupne izjave koriste u bazi podataka koju će sačiniti, voditi i održavati osiguratelj i s njom kapitalom povezana i ovlaštena društva za zastupanje i posredovanje u osiguranju.

(2) Navedeni osobni podaci koristit će se samo u vremenu dok traje osiguranje, a u svrhu obavještanja ugovaratelja i osiguranika o novostima i ponudama osiguratelja kao i u svrhu ispunjavanja zakonskih obveza.

(3) Osiguratelj se obvezuje da će zdravstvene podatke, kao i sve druge osobne podatke, čuvati sukladno odredbama Zakona o zaštiti osobnih podataka, Zakona o osiguranju i Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

13. članak: IZVANSUDSKO RJEŠAVANJE SPOROVA

(1) Stranke su suglasne da će sve sporove proizašle iz ovog ugovora rješavati mirnim putem.

(2) Ugovaratelj osiguranja i osiguranik suglasni su da će o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa s osigurateljem izvijestiti osiguratelja bez odgađanja. Obavijesti iz ovog stavka strane dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.

(3) Osiguratelj će zaprimljeni prigovor iz stavka 2. ovog članka uputiti drugostupanjskoj komisiji. Drugostupanjska komisija osiguratelja sastoji se od dva člana od kojih je najmanje jedan diplomirani pravnik. Odgovor drugostupanjske komisije dostavlja se podnositelju prigovora u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 dana od dana zaprimanja prigovora.

(4) Svi sporovi koji proizlaze iz ovog ugovora o osiguranju ili u svezi s njim, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede ili prestanka, kao i na pravne učinke koji iz toga proistječu, uputit će se na mirenje pri Centru za mirenje Hrvatskog ureda za osiguranje ili drugoj organizaciji za mirenje. Ukoliko ti sporovi ne budu riješeni mirenjem, stranke neće imati nikakvih obveza prema ovoj odredbi.

(5) Ukoliko ti sporovi ne budu riješeni mirenjem u roku od 60 (šezdeset) dana od dana podnošenja prijedloga za pokretanje postupka mirenja ili u drugom roku o kojem se stranke dogovore, stranke su ovlaštene pokrenuti sudski postupak.

14. članak: PRIMJENA ZAKONA

(1) Na odnose između ugovaratelja osiguranja, odnosno osiguranika na jednoj strani i osiguratelja na drugoj strani, u dijelu u kojem nisu uređeni ovim Općim uvjetima primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim odnosima (ZOO).

15. članak: NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

(1) U slučaju da se unatoč nastojanju sporazumnog rješenja spora sukladno gornjem opisu obveznog postupanja ne uspije postići mirno rješenje spora, za sudske sporove mjesno je nadležan stvarno nadležan sud prema mjestu sklapanja ugovora o osiguranju.

16. članak – SANKCIJSKA KLAUZULA

(1) Osiguratelj ne pruža pokriće osiguranja te nema obvezu plaćanja potraživanja, plaćanja zahtjeva ili plaćanja bilo kakvih drugih pogodnosti, bez obzira na odredbe ugovora o

osiguranju, ako bi takva isplata po zahtjevu ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti izložilo osiguravatelja bilo kakvim sankcijama, zabranama ili ograničenjima na osnovu rezolucija Ujedinjenih naroda, trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, kršenju zakona te propisa Europske unije, Velike Britanije ili Sjedinjenih Američkih Država.

NAPOMENA: Izbačena je klauzula o informiranosti obzirom da je imamo kao zaseban dokument koji se naznačava na polici osiguranja.

OZNAKA: PG-zdr-pt/17-4-hr