

Opći uvjeti Police zdravstvenog osiguranja OU-ZP-25

UVOD

1. Što je Polica zdravstvenog osiguranja?

- 1.1. Polica zdravstvenog osiguranja je zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: osiguranje) koje uz našu asistencu omogućuje brz pristup i pokrivanje zdravstvenih usluga koje se mogu pružiti izvan javnozdravstvene mreže.
- 1.2. U slučaju bolesti ili nezgode, osiguranje vam osigurava organizaciju i pokrivanje troškova specijalističkih ambulantnih usluga, jednostavnih i zahtjevnih dijagnostičkih pretraga, drugog mišljenja specijaliste, fizioterapije, i lijekova. Iz vašeg ugovora, odnosno police osiguranja evidentno je koja ste pokrivača odabrali.
- 1.3. Opći uvjeti Police zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju (u daljnjem tekstu: ugovor). Sklapanjem ugovora pristajete na odredbe ovih uvjeta i u potpunosti ih prihvaćate. Ovim uvjetima uređuju se međusobna prava i obveze između osiguratelja i ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika iz sklopljenog ugovora o zdravstvenom osiguranju.

2. Definicije najčešće korištenih pojmova

	Vi / Vaš	Odnosi se na sljedeće: • ponuditelja – fizička osoba koja želi kod nas sklopiti osiguranje te nam u tu svrhu dostavi ponudu, • ugovaratelja osiguranja – fizička osoba koja s nama sklopi ugovor o osiguranju te se obaveže na plaćanje premije osiguranja. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu biti ista fizička osoba, ili možete osigurati i neku drugu osobu, čime ta osoba postaje osiguranik, • osiguranika – fizička osoba kojoj pripadaju prava iz ugovora o osiguranju i koja temeljem nastalog osiguranog slučaja ima pravo na ispunjenje naše ugovorne obaveze.
	Mi / Naš	Osiguratelj - Vzemna zdravstvena zavarovalnica d.d., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana, Slovenija.
	Polica osiguranja	Dokument kojim se potvrđuje postojanje vašeg osiguranja prema sklopljenom ugovoru.
	Premija	Iznos koji nam plaćate prema ugovoru i koji predstavlja uvjet početka pokrivača osiguranja.
	Osigurateljna godina	Razdoblje od godine dana od početka osiguranja naznačenog na polici osiguranja, a u slučaju obnove osiguranja od dana isteka prethodne osigurateljne godine.
	Iznos osiguranja	Iznos koji isplaćujemo vama ili pružatelju usluga sukladno ugovoru o osiguranju, a koji iznos predstavlja gornju granicu naše obveze za pojedinačno pokrivače.
	Razdoblje čekanja (karenca)	Određeno razdoblje na početku osiguranja za koje ste nam dužni platiti premiju i tijekom kojeg još ne možete ostvariti prava iz ugovora, osim ako vam se dogodi nezgoda.
	Trajanje osiguranja	Trajanje ugovora o osiguranju definirano je na polici osiguranja.
	Bolest	Narušeno zdravlje koje je utvrdio liječnik, a koje nije uzrokovano nezgodom.
	Nezgoda	Svaki iznenadni, nepredviđeni događaj koji djeluje izvana i naglo na tijelo osiguranika, neovisno o njegovoj volji, i u kojem je osiguranik tjelesno ozlijeđen.
	Nova bolest, stanje, ozljeda	Bolest, stanje ili ozljeda koji se pojave tijekom razdoblja osiguranja.
	Zdravstveno stanje	To je cjelokupnost tjelesnih i duševnih obilježja pojedinca, uključujući bolesti, ozljede, poremećaje i druge okolnosti koje utječu na njegovo fizičko, mentalno i socijalno funkcioniranje.

Ponavljajuća bolest, stanje, ozljeda

Bolest, stanje ili ozljeda koji se ponavljaju uz prijelazna razdoblja remisije, uz razmjenu boljeg i lošijeg zdravstvenog stanja. Bolest, stanje ili ozljeda smatraju se recidivom kada ih utvrdi liječnik ili kada osiguranik ostvaruje pravo na pokrivače za više od tri (3) slučaja osiguranja iz istog razloga.

Kronična bolest, stanje, ozljeda

Bolest, stanje ili ozljeda koji se razvijaju sporo, dugotrajni su i ponavljaju se ili će se vjerojatno ponoviti, uzrokuju trajne zdravstvene posljedice, nalažu stalni liječnički nadzor, ublažavanje simptoma, liječenje i rehabilitaciju ili zdravstvenu skrb. To uključuje i neočekivane komplikacije kronične bolesti.

Postojeće zdravstveno stanje

Bolest, stanje ili ozljeda koji su se dogodili prije početka osiguranja.

Uputnica

Uputnica ili nalaz liječnika na primarnoj ili sekundarnoj razini ili preporuka koju je izdao naš ugovorni liječnik i koristi se isključivo za ostvarivanje usluga iz ovog osiguranja.

Osigurani slučaj

To je događaj prouzročen osiguranim rizikom za koji vam je potrebna zdravstvena usluga predviđena uvjetima iz ugovora o osiguranju i na temelju kojeg nastaje naša obveza prema ugovoru.

Zahtjev

Zahtjev kojim nas vi na dogovoreni način obavještavate da vam treba zdravstvena usluga iz osiguranja ili da ste je, nakon našeg prethodnog odobrenja, već obavili i želite nadoknadu troškova zdravstvenih usluga.

Pružatelj usluga

Fizička ili pravna osoba koja ima valjanu dozvolu za pružanje zdravstvenih usluga ili srodnih aktivnosti (npr. liječnik specijalist).

Ovlašteni liječnik

Liječnik kojeg smo ovlastili za pregled i procjenu zdravstvene dokumentacije i sl.

OPĆENITO O OSIGURANJU

3. O Vašem ugovoru

- 3.1. Ugovor koji ste, u svojstvu ugovaratelja osiguranja, sklopili s nama u pravilu se sastoji od ponude, police, uvjeta, eventualnih posebnih pisanih izjava ugovornih strana, klauzula i drugih dodataka i dopuna polici.
- 3.2. Ugovor je sklopljen kada se s nama dogovorite o njegovim bitnim elementima, odnosno prilikom plaćanja prve premije, ako se tako dogovorimo.
- 3.3. Ugovor se može sklopiti na temelju prihvata pisane ponude ili kada ugovorne strane potpišu ugovor ili na drugi način potvrde svoju suglasnost o bitnim elementima ugovora, kao što su utvrđivanje opsega pokrivača, premije, razdoblja osiguranja i iznosa osiguranja. Popunjena i potpisana ponuda dostavlja se u pisanom ili elektroničkom obliku na našem obrascu i predstavlja prijedlog za sklapanje ugovora. U ponudi moraju biti navedene sve činjenice bitne za sklapanje ugovora. Sastavni dio ponude može biti i Uputnik o zdravstvenom stanju.
- 3.4. Potpis ponuditelja na ponudi smatra se potpisom ugovaratelja osiguranja na ugovoru o osiguranju. Ako ugovaratelj osiguranja nije i osiguranik, za valjanost ugovora potrebna je i suglasnost osiguranika što isti potvrđuje svojim potpisom. Potpisom ugovora izjavljujete da ste bili upoznati s uvjetima za sklapanje i provođenje osiguranja prije sklapanja ugovora te da su ugovorne odredbe u skladu s ugovorenim.
- 3.5. Pisana ponuda za sklapanje ugovora o osiguranju, koja nam je dostavljena, obavezuje ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, osam (8) dana od dana kada smo je mi zaprimili, odnosno, ako je potreban liječnički pregled osiguranika, trideset (30) dana. Ako u tom roku mi ne odbijemo vašu ponudu, i ona ne odstupa od uvjeta i odredbi, vaša se ponuda smatra prihvaćenom i ugovor sklopljenim s danom zaprimanja ponude. Vi imate pravo na opoziv dane ponude u prije navedenim rokovima.
- 3.6. Sklapanje ugovora možda će nalagati pregled vaše zdravstvene dokumentacije i/ili liječnički pregled koji mi organiziramo za vas. Ako na naš zahtjev ne pristupite liječničkom pregledu i/ili ne dostavite traženu



- dokumentaciju u roku od petnaest (15) dana od dana primitka poziva smatrat će se da ste odustali od sklapanja ugovora o osiguranju.
- 3.7. Ako ponuda odstupa od uvjeta pod kojima se sklapa ovo osiguranje ili ako u odgovoru na ponudu predložimo dopunu, utvrdimo nadoplatu ili isključenje, smatra se da smo ponudu odbili i dostavili vam protuponudu. Protuponuda se prihvaća kad zaprimimo vašu izjavu da se slažete s njom.
- 3.8. Ako vašu izjavu o prihvaćanju protuponude ne zaprimimo u roku od četrnaest (14) dana nakon izdavanja protuponude, smatrat će se da ugovor nije sklopljen. U tom slučaju dužni smo vam vratiti svaku plaćenu premiju ili sve što smo primili od vas. Pri tome možemo zahtijevati plaćanje svih troškova liječničkog pregleda.
- 3.9. Vaša ponuda za sklapanje ugovora može biti odbijena bez obrazloženja.
- 3.10. Nakon prihvaćanja vaše ponude polica se izdaje na temelju podataka u ponudi. Polica predstavlja dokaz o sklopljenom ugovoru i sadrži, uz podatke iz ponude, i druge podatke sukladno važećoj zakonskoj regulativi.
- 3.11. Ako se bilo koja odredba na polici razlikuje od ponude ili vaših drugih izjava, vi možete uložiti pritužbu na sadržaj police u pisanom obliku u roku od trideset (30) dana od primitka police. Ako to ne učinite, vrijedi sadržaj police.
- 3.12. Ugovorom sklopljenim na daljinu smatra se ugovor koji ste sklopili bez fizičke prisutnosti na jednom mjestu s nama ili našim predstavnikom, pri čemu se do trenutka sklapanja ugovora te za sklapanje ugovora isključivo koristilo jedno ili više sredstva daljinske komunikacije. U slučaju ugovora sklopljenim na daljinu, vaš potpis može, ako tako odredimo, zamijeniti plaćanje prve premije. U tom slučaju smatra se da je ugovor sklopljen kad plaćate prvu premiju. U slučaju ugovora sklopljenim na daljinu možete, ne navodeći razloge za to, raskinuti ugovor u roku od četrnaest (14) dana od sklapanja ugovora. Ugovor se raskida u pisanom obliku prije isteka roka za raskid koja obavijest se dostavlja poštom na adresu našeg sjedišta Vzemajna zdravstvena zavarovalnica d.d., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana, Slovenija ili elektronički na način naveden na www.vzajemna.hr.
- 3.13. Ugovorom se obvezujete platiti nam premiju na dogovoreni način i u dogovorenom obliku, a mi se obvezujemo ispuniti naše obveze kako je navedeno u ugovoru u trenutku nastanka slučaja osiguranja.
- 3.14. Svi zahtjevi i izjave koje ćemo podnositi jedni drugima moraju biti u pisanom obliku. Pisanom komunikacijom smatra se pisano obavješćavanje poštom ili elektronički na način naveden na www.vzajemna.hr. Smatra se da su svi dokumenti podneseni na dan kada ih je adresat primio.
- 4. Zašto je važno u trenutku sklapanja dostaviti istinite informacije?**
- 4.1. Prije sklapanja i tijekom trajanja ugovora dužni ste nas izvijestiti o svim okolnostima koje su vam poznate ili vam nisu mogle ostati nepoznate, a važne su za procjenu rizika koji preuzimamo sklapanjem osiguranja. Posebno su važne one okolnosti za koje smo vam postavili pitanja u ponudi ili zdravstvenom upitniku, ako ste ga popunili.
- 4.2. Ako ste namjerno pogrešno prijavili ili namjerno uskratili takvu okolnost zbog koje ne bismo sklopili ugovor s vama da smo znali za stvarno stanje stvari, mi možemo zatražiti poništaj ugovora ili odbiti platiti osiguranje odnosno izvršiti uslugu, ako je slučaj osiguranja nastao prije nego što smo postali svjesni takve okolnosti. Naše pravo do poništaja ugovora prestaje u roku od tri (3) mjeseca od dana, kada smo saznali za netočnost prijave ili prešućivanje ako u tom roku ne izjavimo ugovaratelju osiguranja, da se namjerava koristiti tim pravom. U slučaju poništaja ugovora, zadržavamo već uplaćene premije i imamo pravo zahtijevati isplatu premije za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ugovora.
- 4.3. Ako ste netočno prijavili ili izostavili odgovarajuću obavijest, a to niste učinili namjerno, možemo, u roku od jednog (1) mjeseca od datuma kada saznamo za neistinitost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskidamo ugovor ili predložimo povećanje premije razmjerno većem riziku. U tom slučaju ugovor prestaje istekom četrnaest (14) dana od dana kada smo Vas obavijestili o raskidu ugovora. Ako predložimo povećanje premije, ugovor se raskida po zakonu ako ne prihvatite prijedlog u roku od četrnaest (14) dana od dana kada ste ga primili.
- 4.4. Ako se je slučaj osiguranja dogodio prije utvrđivanja neistinitosti ili nepotpunosti zahtjeva u skladu s točkom 4.3 ili kasnije, ali prije raskida ugovora ili prije postizanja dogovora o povećanju premije, iznos osiguranja smanjuje se razmjerno omjeru visine uplaćenih premija i visine premija koje su trebale biti plaćene prema stvarnoj opasnosti.
- 4.5. U slučaju prijevare, krivotvorenja ili zlorabe od strane ugovaratelja osiguranja ili osiguranika, ugovor možemo raskinuti bez otkaznog roka i zatražiti povrat plaćenog iznosa osiguranja, zajedno sa zakonskim zatezним kamatama i nastalom štetom i troškovima, zadržavajući već plaćene premije i imajući pravo zahtijevati plaćanje premije za razdoblje u kojem smo zatražili raskid ugovora.
- 5. Tko može biti osiguranik?**
- 5.1. U pravilu osiguranik može biti osoba koja ima prebivalište u Republici Hrvatskoj, u dobi od navršenih 18 do navršenih 64 godine života.
- 6. Početak, produljenje i prestanak osiguranja**
- 6.1. Osiguranje počinje s prvim danom u mjesecu, u 00.00 sati na dan naznačen na polici kao datum početka osiguranja, ako je do toga dana plaćena premija, i završava u 24.00 sata na dan naznačen na polici kao datum prestanka osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno.
- 6.2. Osiguranje se sklapa na razdoblje od najmanje jedne (1) godine i automatski produljuje svaki put na kraju ugovorenog razdoblja za isto razdoblje na koje je

prethodno bilo sklopljeno. Ugovaratelj osiguranja može otkazati produljenje ugovora pisanom obavijesti, koju je dužan dostaviti osiguravajućem društvu najmanje šezdeset (60) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine. Ako se osiguranje otkaze u navedenom roku, ugovor prestaje istekom tekuće osigurateljne godine.

- 6.3. Prilikom produljenja osiguranja premija za sljedeću osigurateljnu godinu utvrđuje se u skladu s točkom 17. ovih uvjeta.
- 6.4. Od produljenja osiguranja možemo odustati ako prestanemo provoditi takvo osiguranje, ako je ugovaratelj ili osiguranik postupio protivno ugovoru ili ako su nastale okolnosti zbog kojih više ne možemo održavati ugovor na snazi. U tom ćemo vas slučaju o tome obavijestiti najmanje šezdeset (60) dana prije kraja tekuće osigurateljne godine. Ugovor prestaje istekom tekuće osigurateljne godine.
- 6.5. Osiguranje se automatski produljuje i može trajati do kraja osigurateljne godine u kojoj ćete navršiti 65 godina života, osim ako ugovorom nije drukčije dogovoreno.
- 6.6. Ugovor prestaje prijevremeno na dan smrti osiguranika, na dan kada ugovaratelj osiguranja postane poslovno nesposoban ili s raskidom ugovora.

7. Priroda pokrića osiguranja

- 7.1. Ako ste prvu premiju platili do početka osiguranja, sa datumom početka osiguranja vam nudimo usluge asistencije i pokriće osiguranja za slučajeve koji su posljedica nezgode. Za slučajeve osiguranja koji proizlaze iz nove bolesti ili stanja, kao i za slučajeve osiguranja koji proizlaze iz postojećeg zdravstvenog stanja, osiguranje se počinje primjenjivati nakon isteka razdoblja čekanja (karenca).
- 7.2. Ako prva premija nije plaćena do početka osiguranja, pokriće osiguranja za usluge asistencije i slučajeve osiguranja koji proizlaze iz nezgode počinje na dan kada je plaćena prva premija, a u slučaju automatskog produljenja ugovora na dan kada je plaćena prva premija ako su do tada plaćene i sve druge dospjele premije tijekom trajanja osiguranja. Za slučajeve osiguranja koji proizlaze iz nove bolesti ili stanja, osiguranje počinje nakon isteka dogovorenog razdoblja čekanja (karenca), računajući od dana prve uplate premije, ako su do tada plaćene i sve druge dospjele premije.
- 7.3. Ako je ukupni godišnji iznos osiguranja već iskorišten u godini osiguranja, osiguranje se ponovno uspostavlja početkom sljedeće osigurateljne godine.

DETALJNE INFORMACIJE O OSIGURANJU

8. Opseg pokrića

Osiguranje Vam pruža usluge asistencije i druge zdravstvene usluge, sukladno sklopljenom ugovoru. Skup svih mogućih pokrića ukratko je prikazan u donjoj tablici, a detaljnije su opisani u sljedećim poglavljima. Pokrića su općenito navedena u vašoj polici.

Usluge podrške	
Informiranje	U centru za podršku možete dobiti sljedeće informacije: • u vezi s Vašim osiguranjem i opsegom pokrića • o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz osiguranja • o pružateljima zdravstvenih usluga iz osiguranja • opće informacije o našim osiguranjima i drugo.
Provjera i potvrda ispunjavanja uvjeta za Vaš zahtjev	Centar za podršku provjerava i potvrđuje prihvatljivost Vašeg zahtjeva za ostvarivanje zdravstvenih usluga u skladu sa ugovorom.
Podrška u korištenju zdravstvenih usluga	Kako biste brzo dobili potrebnu zdravstvenu uslugu, centar za podršku vodi brigu o sljedećem: • organiziranju zdravstvene usluge koje su vam je potrebne • pripremi informacije za brzu i jednostavnu provedbu zdravstvene usluge za vas • dogovoru o plaćanju ili naknadi troškova zdravstvenih usluga u skladu s uvjetima.
Specijalističke zdravstvene usluge	
Usluge primarne zdravstvene razine	Pokriće omogućuje brz pristup liječniku opće ili obiteljske medicine i ginekologije.
Specijalističke zdravstvene usluge	Osiguranje vam omogućuje brz pristup: • specijalističkim ambulantnim uslugama • dijagnostičkim pretragama • drugom mišljenju specijalista za vas i članove vaše obitelji.
Fizioterapija	Pokriće obuhvaća: ambulantnu fizioterapiju kao nastavak specijalističkog liječenja ili kirurškog zahvata.
Lijekovi	Pokrićem je predviđeno plaćanje troškova lijekova koji se izdaju na bijeli (privatni) recept, a koje osiguraniku propisuje liječnik specijalist.



9. Opseg usluge podrške

- 9.1. **Informacije:** pozivom našem centru za pomoć na telefonski broj +386 1 471 87 00 možete dobiti informacije o osiguranju, pružateljima zdravstvenih usluga te uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz osiguranja. Uz to, od nas možete dobiti opće informacije o našim osiguranjima i druge informacije.
- 9.2. **Provjera i potvrda ispunjavanja uvjeta za vaš zahtjev:** na temelju podataka i dokumentacije koju nam dostavite, provjerit ćemo vaše osiguranje i dogovoriti se s vama o organizaciji usluge s našim odabranim pružateljem usluga.
- 9.3. **Pomoć u korištenju zdravstvenih usluga:** nakon što provjerimo i potvrdimo prihvatljivost vašeg zahtjeva, za vas ćemo organizirati zdravstvenu uslugu. Prema dogovoru s vama, organizirat ćemo sve što je potrebno za brz i jednostavan pristup zdravstvenoj usluzi koja vam je potrebna.

10. Opseg pokrivanja specijalističkog zdravstvenog osiguranja

- 10.1. Ako vam treba specijalistička usluga ili druge zdravstvene usluge definirane u ovom poglavlju zbog bolesti ili nezgode, mi ćemo pokriti nastale troškove, do iznosa osiguranja navedenog u ugovoru. Dogovorenu zdravstvenu uslugu organizirat ćemo za vas, osim ako se unaprijed ne dogovorimo drukčije. Usluga se može organizirati i u obliku telefonskih ili video konzultacija. Područja specijalnosti u kojima je takva usluga omogućena objavljena su na našoj mrežnoj stranici.
- 10.2. Uz osiguranje imat ćete jednostavan i brz pristup i pokriće troškova za sljedeće specijalističke zdravstvene usluge:
- **zdravstvene usluge na primarnoj razini**, koje uključuju konzultacije s liječnikom opće ili obiteljske medicine (pregled u ambulanti ili video konzultacija), i jedan (1) posjet specijalistu ginekologije u svakoj osiguratelnoj godini;
 - **specijalističke ambulantne usluge**, koje obuhvaćaju usluge potrebne za dijagnosticiranje i liječenje nove bolesti, stanja ili ozljede. Usluge uključuju specijalistički pregled, povezane osnovne pretrage i postupke (snimanje, funkcionalna mjerenja, laboratorijske pretrage kao što su EKG, rendgen, EMG, ultrazvuk, spirometrija itd.) i jednostavne povezane ambulantne intervencije koje se mogu obaviti u sklopu specijalističkog pregleda (npr. primjena blokade, punkcija, uklanjanje zbog raka sumnjivih ili kanceroznih promjena ili izraslina na koži, potkožne tvorbe itd.). Korištenje specijalističkih ambulantnih usluga u svakoj osiguratelnoj godini ograničeno je na najviše dva (2) posjeta specijalistu reumatologije i najviše tri (3) posjeta psihijatru/psihologu;
 - **zahtjevne dijagnostičke pretrage**, koje uključuju usluge koje u pravilu predstavljaju nastavak specijalističkih pregleda i koje su obično potrebne za dijagnosticiranje nove bolesti, stanja ili ozljede. To su magnetska rezonancija (MR, MRA), kompjutorizirana tomografija (CT, CTA), ultrazvučno vođena biopsija unutarnjih organa, artrografija, endoskopski ultrazvuk, gastrokopija, kolonoskopija i moguće uklanjanje tkiva za patohistološku pretragu;
 - **drugo mišljenje specijalista**, koji vama i članovima vaše uže obitelji omogućuje pristup ponovnom specijalističkom tretmanu u našoj mreži pružatelja usluga jednom godišnje, za sva novo nastala zdravstvena stanja.

11. Fizioterapija

Zdravstvene usluge pod ovim pokrićem pružaju se zbog posljedica nezgode ili bolesti. Uključuju usluge ambulantne fizioterapije, koje predstavljaju nastavak specijalističkog liječenja ili kirurškog zahvata i koje su potrebne za liječenje novonastale bolesti, stanja ili ozljede.

Troškovi fizioterapije pokrivaju se za stanja nakon operativnog zahvata, nakon prijeloma kosti ili nakon djelomične ili potpune dislokacije zgloba, odnosno nakon djelomičnog ili potpunog rupture mišića, tetiva i/ili ligamenata, što se mora dokazati odgovarajućom slikovnom dijagnostikom (npr. UZ, MR).

Fizioterapija se može koristiti najviše jednu (1) godinu nakon novog nastupa bolesti, stanja ili ozljede, odnosno razdoblje od jedne (1) godine počinje se uzimati u obzir nakon što ste u mogućnosti obavljati fizioterapiju na temelju zdravstvene indikacije, osim u slučaju oštećenih živaca, gdje je to razdoblje dvije (2) godine.

12. Lijekovi

Obuhvaća pokriće troškova lijekova izdanih na bijeli (privatni) recept propisan od strane liječnika specijalista prilikom specijalističkog pregleda ili zahtjevnih dijagnostičkih pretraga, koji smo vam organizirali u okviru ovog osiguranja, do iznosa godišnjeg iznosa osiguranja. Lijekovi moraju biti propisani u skladu s dijagnozom, medicinskom doktrinom i zdravstvenim smjernicama te navedeni u medicinskoj dokumentaciji. U osiguratelnoj godini za novu bolest pokrivaju se samo troškovi prvog izdavanja lijeka u iznosu potrebnom za liječenje nove bolesti, ali najviše na trideset (30) dana. Naknadni recepti nisu pokriveni. Lijek mora biti propisan na bijeli (privatni) recept prema važećim uputama u obveznom zdravstvenom osiguranju i izdan u ljekarni. Izuzimaju se lijekovi za koje je utvrđen poseban režim propisivanja, osim lijekova koje može propisati liječnik specijalist.

NAŠE OBVEZE I VAŠA PRAVA

13. Koje su naše obveze?

- 13.1. Obvezujemo se da ćemo ispuniti sve ugovorne obveze kada nastupi pojedinačni slučaj osiguranja.

- 13.2. Organizirat ćemo vam dogovorene medicinske usluge i voditi vas kroz postupak njihova ostvarivanja. Troškove pruženih usluga, koji su definirani u našem ugovoru, platit ćemo izravno pružatelju usluga, odnosno vama ako je tako unaprijed dogovoreno.

14. Kako ostvarujete svoja prava iz osiguranja?

- 14.1. Ako vam treba zdravstvena usluga, nazovite naš centar za pomoć na telefonski broj +386 1 471 87 00 ili ispunite online obrazac Prijava zdravstvene asistencije na www.vzajemna.hr. Provjerit ćemo ispunjava li vaš zahtjev uvjete i trebat će nam preporuka koja pokazuje da vam treba zdravstvena usluga (npr. uputnica liječnika, nalaz liječnika specijalista itd.). Ako uputnicu nemate, mi možemo organizirati (video) konzultacije s našim ugovornim liječnikom, koji će izdati preporuku ako vam je potrebno daljnje liječenje.
- 14.2. Osim toga, od vas možemo zatražiti i dodatne dokaze ako nam isti budu potrebni, kako bismo utvrdili važne okolnosti povezane s rješavanjem zahtjeva. Također nas ovlaštujete za ishođenje svih drugih potrebnih informacija i objašnjenja (npr. od vašeg osobnog liječnika itd.) kako bismo utvrdili okolnosti vezane za slučaj osiguranja. Ako vam u tom slučaju budu naplaćene dodatne naknade, plaćate ih sami. Ako relevantne okolnosti vezane za rješavanje vašeg zahtjeva nije moguće utvrditi u roku od četrnaest (14) dana od primitka zahtjeva, uslugu temeljem osiguranja nećemo dogovoriti niti platiti troškove osiguranja, a vaš slučaj osiguranja bit će zatvoren.
- 14.3. Nakon provjere prihvatljivosti vašeg zahtjeva, dogovorit ćemo se s vama o odabiru pružatelja zdravstvene usluge i datumu provedbe. Postupak organizacije zdravstvenih usluga u pravilu je brz, i ne traje više od tri (3) radna dana za specijalističke zdravstvene usluge.
- 14.4. Datum pregleda možete otkazati ili predložiti promjenu najkasnije dva (2) radna dana prije dogovorenog datuma. Otkazivanje je moguće zbog izvanrednih okolnosti koje niste mogli predvidjeti. Obavijestite nas o tome, no možda ćemo od vas zatražiti dodatne dokaze. Ako vi ne dođete na dogovoreni termi i o tome nas ne obavijestite na vrijeme, a mi zbog toga snosimo troškove, smatra se da je usluga izvršena i vaš raspoloživi iznos osiguranja bit će shodno tome umanjen ili vam pružatelj zdravstvene skrbi može izravno naplatiti zakašniju prijavu.
- 14.5. Ako se o tome unaprijed s nama dogovorite, zdravstvenu uslugu možete dogovoriti sami. U tom slučaju nadoknadit ćemo troškove ili platiti iznos osiguranja, na temelju zdravstvene dokumentacije koju nam dostavite, za specijalističke usluge, do iznosa navedenog u cjeniku usluga objavljenom na našoj mrežnoj stranici. Informacije o cijenama usluga možete dobiti i u našem centru za pomoć. Iznos razlike iznad cijene usluge navedene u našem cjeniku usluga plaćate sami.
- 14.6. Ako prilikom ostvarivanja vašeg zahtjeva utvrdimo da niste podmirili sve tekuće obveze iz osiguranja, odnosno uplate premije, svoje ćemo obveze prebiti plaćanjem ili ćemo ih podmiriti nakon podmirjenja vaših obveza.
- 14.7. Pružatelj zdravstvene usluge u potpunosti je odgovoran za njegovu kvalitetnu provedbu, pa je izričito isključena svaka naša odgovornost za štetu koja se odnosi na zdravstvene usluge koje se pružaju u skladu s pravima iz sklopljenog ugovora.
- 14.8. Ako za Vas organiziramo zdravstvenu uslugu uz pomoć našeg partnera za asistenciju, s time ćete biti upoznati unaprijed i obvezni ste prihvatiti njegove uvjete.
15. **Ograničenja naših obveza**
- 15.1. Dogovorene zdravstvene usluge možete koristiti nakon isteka razdoblja čekanja. Razdoblje čekanja (karenca) određuje se na sljedeći način:
- razdoblje čekanja (karenca) odnosi se na nove bolesti i stanja, i to petnaest (15) dana od početka osiguranja;
 - za sve postojeće bolesti i zdravstvena stanja koja je osiguranik imao prije početka osiguranja, odnosno bolesti i stanja koja su se pojavila tijekom petnaestodnevnog razdoblja čekanja (karence) od trenutka sklapanja ugovora podliježu 24-mjesečnom razdoblju čekanja (karence) koje se računa od dana početka osiguranja;
 - u slučaju ozljeda nastalih uslijed nezgode koja se dogodila nakon datuma početka osiguranja, nema razdoblja čekanja (karence).
- 15.2. Za bolesti i stanja iz druge alineje točke 13.1., kako biste mogli ostvariti svoja prava iz osiguranja, važeće osiguranje morate imati najmanje 24 mjeseca tijekom kojih se niste liječili od tih bolesti i stanja. Ako se liječite tijekom tog razdoblja, razdoblje čekanja (karenca) za postojeća stanja računa se od završetka posljednjeg liječenja.
- 15.3. Kada se novonastala bolest, stanje ili ozljeda ponavljaju ili kada se novonastala bolest ili stanje dijagnosticiraju kao kronični, u pravilu više nismo odgovorni za troškove specijalističkih medicinskih usluga povezanih s tom bolešću, stanjem ili ozljedom.
- 15.4. Organizacija zdravstvenih usluga u skladu s ovim uvjetima pruža se za usluge koje su dostupne kao usluge koje plaćate sami.

16. Što nije pokriveno osiguranjem?

- 16.1. Osiguranje ne pokriva troškove:
- liječenja onih kroničnih bolesti koje su se pojavile ili su dijagnosticirane prije nego što je osiguranje stupilo na snagu ili tijekom razdoblja čekanja,



- liječenja u svim djelatnostima intenzivne i hitne medicine, svih preventivnih pregleda, osim ako nije drukčije dogovoreno,
- liječenja pretilosti, androgene ćelavosti, poremećaja spavanja i hrkanja te erektilne disfunkcije,
- liječenja svih spolno prenosivih bolesti, HIV-infekcija,
- vezane uz trudnoću, rođenje, pobačaj, neplodnost, intervencije za sprječavanje začeća i sl.,
- liječenja refrakcijskih poremećaja oka (liječenje kratkovidnosti, dalekovidnosti, astigmatizma), osim ako su posljedica nezgode,
- liječenja oštećenja vida povezanog sa starošću – prezbiopija,
- hipertenzivna, dijabetička retinopatija i katarakta povezana sa starošću,
- liječenja poteškoća sa sluhom povezanih s gubitkom sluha, osim onih koji su posljedica upale ili nezgode,
- svih vrsta stomatoloških usluga (uključujući maksilofacijalnu i oralnu kirurgiju),
- sve vrste kirurških zahvata (artroskopija, operacija karpalnog tunela, korekcija hallux valgusa, operacija hernije, postupci rinosinususa, flebokirurški postupci itd),
- zdravstvenih usluga na prethodno kirurški liječenim ili prethodno oštećenim dijelovima lokomotornog sustava (kao što su (djelomično) uklonjeni meniskusi, rekonstrukcija križnog ligamenta ili zahvat na hrskavici, prethodne intervencije na rotatornoj manžeti, prethodne operacije na kralježnici (hernija diska, stenozna), prethodne operacije na kukovima, prethodne intervencije na karpalnim kanalima i sl.),
- kinezioloških tretmana,
- prirodnih anomalija i nastalih promjena,
- uklanjanja bezazlenih izraslina ili promjena na koži, kao što su madeži, bradavice, keratoze, ateromi, teleangiektazija itd,
- u vezi sa svim već postojećim promjenama u probavnom traktu (kao što su polipi, divertikuli i sl.),
- u slučaju proširenih vena ili venske insuficijencije u prve dvije godine pokrića,
- raka,
- zdravstvenih usluga iz estetskih razloga ili promjene spola,
- genetskog testiranja, doniranja organa, tkiva, koštane srži, matičnih stanica i srodnog liječenja matičnim stanicama, krvnim pripravcima, hijaluronskom kiselinom itd.,
- liječenja zatajenja bubrega, uključujući dijalizu,
- liječenja zbog posljedica osteoporoze, osim prvog slučaja osiguranja po toj osnovi,
- liječenja dobnih bolesti ili degenerativnih neuroloških bolesti (sve vrste demencije),
- liječenja profesionalne bolesti,
- liječenja svih zdravstvenih posljedica koje proizlaze iz djelovanja alkohola, droga, lijekova ili psihoaktivnih tvari i liječenja svih vrsta ovisnosti,
- nadoplate za lijekove izdane po tzv. crvenom receptu, kao niti participaciju plaćenu po plavom i crvenom receptu.

16.2. Osiguranje ne pokriva troškove:

- liječničkih mišljenja za utvrđivanje radne sposobnosti ili stupnja invalidnosti i sl.,
- usluga koje nisu stručno doktrinarno priznata medicinska metoda u Republici Hrvatskoj ili su eksperimentalne, komplementarne ili alternativne prirode, osim ako ugovorom nije drukčije definirano (npr. osteopatija, bioterapija, biorezonancija, kraniosakralna terapija, visceralna terapija, akupresura, hijaluronska kiselina, terapija krvnim stanicama i sl.),
- iz djelatnosti kliničke mikrobiologije, patologije, osim u slučaju laboratorijskih pretraga u okviru slučaja osiguranja,
- ponovljenih kontrolnih pregleda iz istog razloga, osim prvog kontrolnog pregleda ili u slučaju pogoršanja stanja,
- pratnje, putovanja i telefona, smještaja i prehrane,
- medicinskih proizvoda i sa njima povezanih usluga (mjerenje stopala i sl.),
- kućne zdravstvene njege,
- prijevoza vozilima hitne pomoći,
- bioloških lijekova i hrane za posebne namjene,
- zubno-protetskih sredstva i nadomjestaka.

16.3. Naše obveze također su isključene iz osiguranja kada se bolest, stanje ili ozljeda dogode zbog ili vezano na:

- obavljanje profesionalnih sportskih aktivnosti (tijekom aktivnog sportskog sudjelovanja na natjecanjima, događajima ili treninzima ili pripremama koje organiziraju sportske udruge ili društva), osim ako ugovorom nije drukčije određeno,
- rat ili ratne događaje, sabotaže, teroristička djela, pobune, ustanke, revolucije itd.,
- epidemije, pandemije, onečišćenja okoliša, radioaktivno zračenje, izravno ili neizravno djelovanje nuklearne energije i elementarne nepogode,
- pripremu, pokušaj ili počinjenje kaznenog djela, kao i bijeg nakon takvog kaznenog djela,
- fizičke obračune, osim u slučaju dokazane samoobrane, koju ste dužni dokazati,

- samoozljeđivanje ili pokušaj samoubojstva,
- upravljanje vozilima, zrakoplovima, plovilima i strojevima bez zakonski potrebnih dozvola.

16.4. Naše su obveze također isključene u slučaju:

- neodgovornog postupanja ili nepostupanja i ako ne slijedite upute liječnika,
- zaključka da ste nam dostavili neistinite informacije ili u slučaju prikrivanja, prijevare, krivotvorenja ili zlouporabe s vaše strane.

PREMIJA

17. Utvrđivanje iznosa premije

- 17.1. Premija osiguranja određuje se u skladu s našim važećim cjenikom premija, koji je oblikovan prema dobnim razredima. U slučaju prelaska u višu dobnu skupinu, na početku nove osigurateljne godine, iznos premije osiguranja usklađuje se s premijom utvrđenom za svaku dobnu skupinu u važećem cjeniku premija.
- 17.2. Zadržavamo pravo promjene premije u tijeku trajanja osiguranja u kojem slučaju će se primijeniti odredbe točke 19. ovih uvjeta.

18. Rokovi i načini plaćanja premije

- 18.1. Premija se uplaćuje temeljem dinamike plaćanja navedene u ugovoru (godišnja, polugodišnja, tromjesečna, mjesečna). Premija se mora uplatiti unaprijed, do posljednjeg dana u mjesecu prije razdoblja na koje se odnosi. Prva premija dospijeva u trenutku sklapanja ugovora, osim ako nije drukčije dogovoreno.
- 18.2. Premija se plaća putem interneta, banke ili druge platne organizacije ili uplatnicom.
- 18.3. Ako ste premiju platili putem banke ili druge platne organizacije, smatra se da je premija plaćena na dan kada ste banci ili drugoj platnoj organizaciji dali nalog za uplatu. U slučaju kašnjenja s plaćanjem, mogu vam se naplatiti zakonske zatezne kamate i naknade.
- 18.4. Uz ugovorenu premiju dužni ste plaćati i sve doprinose i poreze koji su propisani ili će biti propisani od strane zakonodavca za vrijeme trajanja ugovora.
- 18.5. Ako premija ne bude plaćena do datuma dospijeća, možda ćemo od vas zatražiti da nam je platite. Ako i dalje ne plaćate premiju, od Vas će se ponovno zatražiti uplata, i to preporučenim pismom. Ako premija nije plaćena ni u roku navedenom u preporučenom pismu, ugovor se može raskinuti istekom tog roka.
- 18.6. Premiju plaćate do isteka ili prestanka osiguranja. Ako se ugovor raskine u skladu s ovim uvjetima, imamo pravo na premiju do kraja mjeseca u kojem se ugovor raskida.

19. Izmjena ugovora tijekom njegova trajanja

- 19.1. Tijekom trajanja osiguranja zadržavamo pravo promjene uvjeta, iznosa premije ili godišnjeg iznosa osiguranja.
- 19.2. Ako dođe do promjena, obavijestit ćemo Vas na odgovarajući način najmanje jedan (1) mjesec prije nego što promjena stupi na snagu, a promjene će stupiti na snagu početkom nove osigurateljne godine. Ako se ne slažete s izmjenom, imate pravo raskinuti ugovor u pisanom obliku u roku od trideset (30) dana od obavijesti, a raskid stupa na snagu istekom tekuće osigurateljne godine. Ako ne otkazete ugovor, smatrat ćemo da se slažete s promjenama.
- 19.3. Za vrijeme trajanja osiguranja možete zatražiti promjenu načina plaćanja premije. Promjena u pravilu stupa na snagu prvog dana sljedećeg mjeseca.

20. Podatci potrebni tijekom trajanja osiguranja

- 20.1. Tijekom trajanja osiguranja o promjenama koje su relevantne za izvršenje ugovora (npr. promjena osobnih podataka, promjena adrese prebivališta itd.) morate nas obavijestiti u roku od osam (8) dana od nastale promjene. Molimo Vas da nam dostavite i relevantne dokaze o promjeni. Sva naša međusobna komunikacija odvija se u pisanom ili elektroničkom obliku.
- 20.2. U slučaju međusobne komunikacije preporučenom poštom, kada pošiljku ne preuzmete, smatra se da ste je preuzeli kao primatelj, na dan kada smo preporučenu pošiljku predali u poštanski ured. Stoga, u skladu s ovim ugovorom, pravne posljedice nastaju čak i ako ne preuzmete preporučenu poštu.

OSTALO

21. Osobni podatci

- 21.1. Sve relevantne informacije u vezi s obradom vaših osobnih podataka u svrhu sklapanja i provedbe osiguranja i druge svrhe za koje obrađujemo vaše osobne podatke, kao i informacije o pravima koja imate u pogledu zaštite osobnih podataka, prikupljaju se u Politici privatnosti Vajemne, koja je dostupna na www.vzajemna.hr. Za brzu i točnu komunikaciju posebno je važno da imamo Vaše ažurirane osobne podatke i podatke za kontakt (ime, prezime, adresa, adresa e-pošte, broj telefona), stoga Vas molimo da nas o tome obavijestite pisanim putem na adresu Vajemna zdravstvena zavarovalnica d.d.,



Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana, Slovenija ili elektronički na način naveden na www.vzajemna.hr.

- 21.2. Prilikom korištenja usluge pomoći vaše ćemo osobne podatke za kontakt razmijeniti s jednim od naših ugovornih pružatelja zdravstvenih usluga u svrhu najave ili rezerviranja termina. U svrhu pružanja zdravstvenih usluga u kontekstu rješavanja slučaja osiguranja, na temelju sklopljenog ugovora i zakona kojim se uređuje osiguranje, Vaše osobne podatke, uključujući i zdravstvene podatke, možemo razmjenjivati s pružateljima zdravstvenih usluga.
- 21.3. Prilikom podnošenja podataka i dokumentacije u vezi s vašim zdravstvenim stanjem, radi zaštite Vaših osobnih podataka, slijedite preporuke za siguran način prijenosa kako je napisano na našoj mrežnoj stranici.

22. Žalbeni postupak

- 22.1. U slučaju spora koji se odnosi na ugovor, spor se može riješiti u izvansudskom postupku podnošenjem pritužbe. Pritužbu možete podnijeti preporučenom poštom na naslov: Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.d., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana, Slovenija ili elektronički na način naveden na www.vzajemna.hr. Pritužba treba sadržavati:
- ime i prezime,
 - adresu,
 - razlog pritužbe,
 - OIB ili broj police.
- 22.2. Pritužba u prvom stupnju rješava gdje je slučaj nastao. Odgovorna osoba mora pritužbu u prvom stupnju riješiti u najkraćem mogućem roku, a najkasnije u roku petnaest (15) dana od dana primitka pritužbe, osim ako zakonom nije drukčije određeno. Kada se odgovor ne može dati unutar navedenog roka, obavijestiti će podnositelja pritužbe o razlozima kašnjenja i naznačiti kada će postupak vjerojatno biti dovršen i kada će biti odgovoreno na pritužbu. O odluci ćete biti obaviješteni u pisanom obliku od strane odgovorne osobe preporučenom poštom ili elektroničkim putem, ako je pritužba zaprimljena na taj način. Odgovor odgovorne osobe mora sadržavati i pravnu pouku o mogućnostima nastavka postupka odnosno rješavanja pritužbe u drugom stupnju.
- 22.3. Ako se nećete složiti s rješenjem pritužbe u prvom stupnju, možete u roku od osam (8) dana od primitka pisanog odgovora u prvom stupnju podnijeti pritužbu komisiji koja je nadležna za rješavanje pritužbe u drugom stupnju. Pritužba komisiji može se podnijeti u pisanom obliku ili elektroničkim putem. Komisija mora odgovor na pritužbu poslati preporučenom poštom najkasnije u roku od trideset (30) dana od dana primitka pritužbe. Taj se rok može iznimno produljiti zbog objektivnih razloga, o čemu vas je komisija dužna pisano obavijestiti i navesti razloge kašnjenja.
- 22.4. Odluka žalbenog povjerenstva u drugom stupnju jest konačna. Odgovor na pritužbu mora uvijek sadržavati i pravni pouk o mogućnostima nastavka postupka izvensodnog rješavanja spora, ako se nećete složiti s odlukom pritužbene komisije ili ako osiguravajuće društvo ne odluči u roku trideset (30) dana od primitka. U tom slučaju možete postupak izvansudskog rješavanja spora nastaviti u Centru za posredovanje Slovenske udruge za osiguranje, Železna cesta 14, 1001 Ljubljana, Slovenija, telefon: +386 1 300 93 81, e-pošta: irps@zav-zdruzenje.si, mrežna stranica: www.zav-zdruzenje.si.
- 22.5. Pritužbu rješava naše nadležno tijelo u skladu s pravilima koja uređuju interni žalbeni postupak. Interni žalbeni postupak organiziran je u dvije faze. Odluka žalbenog povjerenstva u drugom stupnju jest konačna.

23. Završne odredbe

- 23.1. Na odnose između osiguravajućeg društva, osiguranika, ugovaratelja osiguranja, korisnika osiguranja i drugih osoba koje nisu definirane ovim uvjetima primjenjuju se pravo Republike Slovenije.
- 23.2. U slučaju spora, mjesno nadležan je sud Republike Slovenije u Ljubljani. Osiguravajuće društvo i ugovaratelj osiguranja se mogu u svako doba dogovoriti da se na ugovor o osiguranju odnosi pravo Republike Hrvatske. Svaka promjena prava koje se primjenjuje nakon sklapanja ugovora o osiguranju ne dovodi u pitanje njegovu formalnu valjanost niti negativno utječe na prava trećih strana.
- 23.3. Izvješće o solventnosti i financijskom položaju osiguravajućeg društva objavljuje se na mrežnoj stranici www.vzajemna.si.
- 23.4. Za obavljanje nadzora nad osiguravajućim društvom nadležna je Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, 1000 Ljubljana, Slovenija.
- 23.5. Ovi se uvjeti primjenjuju od 1.10.2025.