

ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Dokument s informacijama o proizvodu osiguranja

Društvo: Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.d.

Proizvod: Polica zdravstvenog osiguranja

Ovaj dokument je sažetak ključnih informacija o određenom proizvodu osiguranja i nije prilagođen vašim individualnim potrebama i zahtjevima. Potpune predugovorne i ugovorne informacije o proizvodu osiguranja nalaze se u drugim dokumentima (u uvjetima osiguranja, na polici osiguranja, u ponudi ili drugim dokumentima koje primite prije ili nakon sklapanja osiguranja). Pažljivo pročitajte svu dokumentaciju kako biste bili u potpunosti upoznati s osiguranjem.

O KOJOJ JE VRSTI OSIGURANJA RIJEČ?

Riječ je o zdravstvenom osiguranju koje omogućuje brz pristup i pokriva zdravstvenih usluga izvan javnozdravstvene mreže (kao što su specijalističke ambulantne usluge, jednostavne i zahtjevne dijagnostičke pretrage, drugo mišljenje specijaliste i sl.). Osiguranje uključuje i besplatnu pomoć društva za osiguranje za lakši pristup uslugama.



POKRICE OSIGURANJA

✓ Usluge podrške, kao što su:

- ✓ informiranje;
- ✓ provjera i potvrda prihvatljivosti zahtjeva;
- ✓ pomoć u korištenju zdravstvenih usluga.

Polica zdravstvenog osiguranja sastoji od sljedećih pokrića:

✓ Osiguranje za specijalističke zdravstvene usluge koje u slučaju bolesti i/ili nezgode omogućuju brz pristup i pokriva zdravstvenih usluga, kao što su:

- ✓ usluge primarne zdravstvene razine;
- ✓ specijalističke ambulantne usluge (specijalistički pregled, povezane osnovne pretrage i postupke te jednostavne ambulantne intervencije koje se mogu obaviti u sklopu specijalističkog pregleda);
- ✓ zahtjevne dijagnostičke pretrage;
- ✓ drugo mišljenje specijalista.

✓ Fizioterapija

✓ Lijekovi

Opseg pokrića ograničen je iznosom godišnjeg osiguranog iznosa ili u skladu s uvjetima osiguranja.

- ! Zdravstvenu uslugu organizira osiguravajuće društvo s ugovornim pružateljem usluga, osim ako nije unaprijed dogovoreno drukčije.



ŠTO NIJE POKRIVENO OSIGURANJEM?

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;
- * u djelatnostima intenzivne i hitne medicine, svih preventivnih pregleda, osim ako nije drukčije dogovoreno;
- * pretilosti, androgene ćelavosti, poremećaja spavanja i hrkanja te erektilne disfunkcije;
- * svih spolno prenosivih bolesti, HIV-infekcija;
- * refrakcijskih poremećaja oka (liječenje kratkovidnosti, dalekovidnosti, astigmatizma), osim ako su posljedica nezgode;
- * poteškoća sa sluhom povezanih s gubitkom sluha, osim onih koji su posljedica upale ili nezgode;
- * hipertenzivna, dijabetička retinopatija i katarakta povezana sa starošću;
- * u vezi sa svim već postojećim promjenama u probavnom traktu;
- * zdravstvene usluge na prethodno kirurški liječenim ili prethodno oštećenim dijelovima lokomotornog sustava (kao što su (djelomično) uklonjeni meniskus, rekonstrukcija križnog ligamenta ili zahvat na hrskavici, prethodne intervencije na rotatornoj manžeti, prethodne operacije na kralježnici (hernija diska, stenoza), prethodne operacije na kukovima, prethodne intervencije na platnenim kanalima i sl.);
- * sve vrste kirurških zahvata (artroskopija, operacija karpalnog tunela, korekcija hallux valgusa, operacija hernije, postupci rinosinususa, flebokirurški postupci i sl.);
- * svih vrsta stomatoloških usluga (uključujući maksilofacijalnu i oralnu kirurgiju);
- * prirodnih anomalija i nastalih promjena;
- * uklanjanje bezazlenih izraslina ili promjena na koži, kao što su madeži, bradavice, keratoze, ateromi, teleangiectazija itd.;
- * raka;
- * zdravstvene usluge iz estetskih razloga ili promjene spola;
- * zatajenja bubrega, uključujući dijalizu;
- * svih zdravstvenih posljedica koje proizlaze iz djelovanja alkohola, droga, lijekova ili psihoaktivnih tvari i liječenja svih vrsta ovisnosti;
- * posljedica osteoporoze, osim prvog slučaja osiguranja; dobni bolesti ili degenerativnih neuroloških bolesti (sve vrste demencije).
- * Ostala izuzeća navedena su u uvjetima osiguranja.



JE LI POKRIĆE OGRANIČENO?

- Ugovorene zdravstvene usluge možete koristiti nakon petnaest (15) dana od početka osiguranja, što je razdoblje čekanja, osim ako nije drukčije dogovoreno u ugovoru. Navedeno razdoblje čekanja odnosi se na nove bolesti i stanja. Ako su zdravstvene usluge potrebne zbog ozljeda nastalih uslijed nezgode koja se dogodila nakon datuma početka osiguranja, nema razdoblja čekanja.
- Sve postojeće bolesti i zdravstvena stanja koja je osiguranik imao prije početka osiguranja, odnosno bolesti i stanja koja su se pojavila tijekom petnaestodnevog (15) razdoblja čekanja od trenutka sklapanja ugovora, podliježu 24-mjesečnom razdoblju čekanja koje se računa od dana početka osiguranja.
- Za bolesti i stanja iz prethodnog stavka osiguranje mora vrijediti najmanje 24 mjeseca, tijekom kojih se niste liječili od tih bolesti i stanja. Ako se liječite tijekom tog razdoblja, razdoblje čekanja za postojeća stanja računa se od završetka posljednjeg liječenja.
- Ostala ograničenja navedena su u uvjetima osiguranja.



GDJE VRIJEDI OSIGURANJE?

- ✓ Osiguranje pokriva troškove zdravstvenih usluga koje se pružaju u Republici Hrvatski i inozemstvu.



KOJE SU VAŠE OBVEZE?

- Pozovite naš centar za pomoć na telefonski broj +386 1 471 87 00 prije podnošenja zahtjeva za zdravstvenu uslugu.
- Dostaviti potpune i istinite informacije.
- Obavijestiti nas o promjenama osobnih podataka i drugih okolnosti koje su relevantne za osiguranje.



KADA I KAKO PLATITI OSIGURANJE?

Možete odabrati godišnje, polugodišnje, tromjesečno i mjesečno plaćanje premije. Premija se plaća unaprijed, do posljednjeg dana u mjesecu prije razdoblja na koje se odnosi. Prva premija dopijeva u trenutku sklapanja ugovora, osim ako nije drukčije dogovoreno.



POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

Datum početka osiguranja naznačen je na polici. 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. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće osigurateljne godine. Osiguranje se automatski produljuje i može trajati do kraja osigurateljne godine u kojoj osiguranik navršava šezdeset pet (65) godina života, osim ako ugovorom nije drukčije dogovoreno.

Ostali slučajevi raskida ugovora o osiguranju navedeni su u uvjetima osiguranja.



RASKID UGOVORA

Ugovaratelj osiguranja može otkazati produljenje ugovora pisanom obavijesti, koju je dužan dostaviti osiguravajućem društvu najmanje šezdeset (60) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće osigurateljne godine. U slučaju sklapanja na daljinu, ugovaratelj osiguranja može raskinuti ugovor u roku od četrnaest (14) dana od dana sklapanja ugovora. Ugovor se raskida u pisanom obliku prije isteka roka za raskid koja obavijest se dostavlja poštom na adresu našeg sjedišta Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.d., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana, Slovenija ili elektronički na način naveden na www.vzajemna.hr.